This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
N33 .G47 1899 STOR
Formes cliniques et traitement des myel
2450343 0487

TUALITÉS MÉDICALES

GILLES DE LA TOURETTE

Les Myélites Syphilitiques

N33
G47
1899

J. B. BAILLIÈRE & FILS

LANE

MEDICAL LIBRARY

SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
SEMPER VIRENS
1885

LEVI COOPER LANE FUND

Charbon; Rage; Tétanos; Béribéri; Lathyrisme; Actinomycose; Maladies produites par les animaux; Filariose; Trichinose; Ladrerie; Paludisme.

TOME III. — **Intoxications. — Affections constitutionnelles. — Affections de la peau.**

Considérations générales sur les intoxications, saturnisme, hydrargyrisme, alcoolisme; Empoisonnements par l'arsenic, le phosphore, l'opium, la cocaïne, le tabac, l'oxyde de carbone, les champignons. — Obésité, Goutte, Diabète; Cancer; Rhumatismes chroniques; Rachitis, Ostéomalacie, Scrofule; Maladie d'Addison, Acromégalie, Pellagre, Myxœdème; Scorbut; Hémophilie. — Affections de la peau.

TOME IV. — **Affections du tube digestif et du péritoine.**

TOME V. — **Affections du foie, de la rate, du pancréas, des reins, de la vessie et des organes génitaux.**

TOME VI. — **Affections de l'appareil circulatoire.**

SOUS PRESSE :

TOMES VII et VIII. — **Affections de l'appareil respiratoire.**

TOMES IX et X. — **Affections du système nerveux.**

On peut souscrire au ***Traité de Médecine*** de MM. BROUARDEL et GILBERT, dont les 10 volumes seront expédiés franco au fur et à mesure de la publication :

1° Moyennant la somme de 120 francs, payables à raison de 12 francs par volume, dans le mois qui suivra sa publication, même dans le cas où le prix des volumes serait ultérieurement augmenté ;

2° Moyennant la somme de 100 francs, à forfait, versée d'avance.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS.

Traité de Chirurgie

CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

PAR

A. LE DENTU
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de médecine.

PIERRE DELBET
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Avec la collaboration de MM. :

ALBARRAN, ARROU, BINAUD, BRODIER, CAHIER, CASTEX, CHIPAULT, FAURE, GANGOLPHE, GUINARD, JABOULAY, LEGUEU, LUBET-BARBON, LYOT, MAUCLAIRE, MORESTIN, NIMIER, PICHEVIN, RICARD, RIEFFEL, ROLLET, SCHWARTZ, SEBILEAU, SOULIGOUX, TERSON, VILLAR.

10 volumes in-8 de 800 pages chacun illustrés de figures.

Prix de chaque volume : **12 fr.**

EN VENTE :

TOME I. — *Pathologie générale chirurgicale, Néoplasmes, Appareil tégumentaire.* — TOME II. — *Maladies du squelette, fractures, maladies inflammatoires, tumeurs des os.* — TOME III. — *Maladies des articulations et de l'appareil musculaire.* — TOME IV. — *Maladies des nerfs, des artères, des veines, des lymphatiques, du crâne et du rocher.* — TOME V. — *Maladies des yeux, des oreilles, des fosses nasales et des mâchoires.* — TOME VI. — *Maladies de la face, de la bouche, de l'œsophage, du larynx, du cou, de la poitrine.* — TOME VII. — *Maladies des mamelles et de l'abdomen. Hernies.* TOME VIII. — *Maladies du mésentère, du pancréas, de la rate, du foie, du rectum et de l'anus, des reins et des uretères.*

SOUS PRESSE :

TOME IX. — *Maladies de la vessie, de l'urètre, de la prostate et des organes génitaux de l'homme.* — TOME X. — *Maladies de la vulve, du vagin, de l'utérus et des annexes. Maladies des membres.*

On peut souscrire au ***Traité de Chirurgie*** de MM. LE DENTU et DELBET, dont les 10 volumes seront expédiés franco au fur et à mesure de la publication :

1° Moyennant la somme de 120 francs, payable à raison de 12 francs par volume, dans le mois qui suivra sa publication, même dans le cas où le prix des volumes serait ultérieurement augmenté ;

2° Moyennant la somme de 100 francs, à forfait, versée d'avance.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille, PARIS

Atlas-Manuels de Médecine coloriés

COLLECTION NOUVELLE DE VOLUMES IN-16

Illustrés de très nombreuses planches coloriées

Reliés en maroquin souple.

Atlas-Manuel de diagnostic clinique, par le Dr C. Jakob. Edition française, par les Drs A. Létienne, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Ed. Cart. 1 vol. in-16 de 378 p., avec 68 pl. chromolithographiées comprenant 182 figures et 64 figures intercalées dans le texte, relié en maroquin souple, tête dorée. **15** fr.

Atlas-Manuel de médecine légale, par le professeur Hofmann, directeur de l'Institut de médecine légale de Vienne. Edition française, par le Dr Ch. Vibert, médecin-expert près les Tribunaux de la Seine. Préface par le professeur P. Brouardel, doyen de la Faculté de Paris. 1 vol. in-16 de 170 p., avec 56 pl. coloriées et 193 fig. noires hors texte, relié en maroquin souple, tête dorée. **18** fr.

Atlas-Manuel des maladies du larynx, par le Dr Grünwald. Edition française, par le Dr Castex, chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Paris et P. Collinet, assistant de laryngologie. 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 44 planches coloriées, relié en maroquin souple, tête dorée..... **14** fr.

Atlas-Manuel d'ophtalmoscopie, par le professeur Haab, directeur de la clinique ophtalmologique de l'Université de Zurich. Edition française par le Dr Terson, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-16 de 324 p., avec 64 pl. color., cart. **14** fr.

Atlas-Manuel des fractures et luxations, par le professeur Helferich. Edition française par le Dr P. Delbet, prosecteur à la Faculté, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol in-16 de 324 pages, avec 64 planches coloriées, cart..... **16** fr.

Atlas-Manuel de chirurgie opératoire, par O. Zuckerkandl. Edition française par A. Mouchet, ancien interne, lauréat des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Société de chirurgie. Préface par le Dr Quénu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-16 de 268 pages, avec 271 fig. et 24 pl. coloriées.. **15** fr.

Atlas-Manuel du système nerveux à l'état normal et pathologique, par C. Jakob. Edition française par le Dr Rémond, professeur de clinique mentale à la Faculté de Toulouse. 1 vol. in-16 de 298 p., 78 pl. noires et coloriées, relié en maroquin..... **15** fr.

Atlas-Manuel des maladies vénériennes, par le professeur Mracek. Edition française par le Dr Emery, chef de clinique de la Faculté de médecine à l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-16 de 300 p. avec 71 planches coloriées, relié en maroquin souple.... **18** fr.

Atlas de microbiologie, par le professeur E. Macé, directeur de l'Institut sérothérapique de Nancy. 1 vol grand in-8, 60 pl. col., relié en maroquin souple..... **34** fr.

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Formes cliniques et traitement

des

Myélites Syphilitiques

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Nouvelle collection de vol. in-16 carré de 100 pages avec fig., cartonnés.

Prix de chaque volume... 1 fr. 50

ABONNEMENT A 12 MONOGRAPHIES : **16** FRANCS.

La Grippe, par le Dr L. Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16 carré, 100 pages avec 7 fig., cart. 1 fr. 50

Les États neurasthéniques, par le Dr Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16 carré, 96 pages, cart.. 1 fr. 50

La Diphtérie, par le Dr H. Barbier, médecin des hôpitaux, et G. Ulmann, interne des hôpitaux. 1 vol. in-16 carré, 96 pages avec 7 fig., cart..... 1 fr. 50

Psychologie de l'instinct sexuel, par le Dr Joanny Roux, médecin adjoint désigné) des Asiles d'aliénés de Lyon. 1 vol. in-16 carré, 96 pages avec fig., cart..... 1 fr. 50

Formes cliniques et traitement des myélites syphilitiques, par le Dr Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16 carré, 96 pages, cart..... 1 fr. 50

EN PRÉPARATION :

L'Opothérapie, par le Dr P. Claisse, médecin des hôpitaux. 1 vol.

La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr L.-R. Régnier, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité. 1 vol.

Le Diabète, par le Dr R. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon. 1 vol.

Les Albuminuries curables, par le Dr J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon. 1 vol.

Les Suppurations aseptiques, par le Dr Otto Josué, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol.

La Sclérose en plaques, par le Dr H. Claude, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol.

Le Goitre exophtalmique, son traitement chirurgical, par le Dr Jaboulay, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 1 vol.

Les Glycosuries non diabétiques, par le Dr Roque, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol.

Le Tétanos, par le Dr J. Courmont, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol.

1600-98. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

LES ACTUALITÉS MÉDICALES

Formes cliniques et traitement des Myélites Syphilitiques

PAR

GILLES DE LA TOURETTE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

LANE MEDICAL LIBRARY
17093
SAN FRANCISCO

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1899

Tous droits réservés

THE ERNST KRACKOWITZER
LIBRARY
FUND

LAME LIBRARY

747
1899

FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT

DES

MYÉLITES SYPHILITIQUES

INTRODUCTION

Je désire vous entretenir des formes cliniques que revêtent les myélites syphilitiques et du traitement que vous devrez opposer aux localisations de la syphilis sur l'axe spinal. C'est une question pratique au premier chef, car je reste certainement au-dessous de la vérité en affirmant que, sur dix affections médullaires que vous rencontrerez, plus de la moitié reconnaîtra la vérole pour cause immédiate. Notez bien que je ne comprends pas dans ce nombre le tabes, qui augmenterait singulièrement la proportion, que je laisse momentanément de côté la syphilis héréditaire, dont le rôle me paraît avoir été beaucoup trop négligé dans l'étiologie d'un certain nombre de myélites de cause ignorée.

Je veux envisager uniquement les affections médullaires nées sous l'influence directe, indéniable,

de la syphilis acquise, et j'ajouterai, immédiatement justiciables, à l'inverse du tabes, par exemple, du traitement antisyphilitique. Nous allons donc nous trouver en présence du seul groupe, peut-être, de maladies de la moelle sur lequel les moyens thérapeutiques dont nous disposons possèdent une réelle efficacité. Or, je le répète, comme ce groupe comprend à lui seul plus de la moitié des affections de l'axe spinal, j'insiste à nouveau sur l'intérêt pratique du sujet que je vais étudier avec vous. Lorsque j'aurai ajouté que le traitement ne se montrera efficace qu'à la condition expresse d'être institué de bonne heure, les détails dans lesquels j'entrerai ne vous paraîtront pas oiseux, nécessaires qu'ils sont pour fixer rapidement le diagnostic positif de ces déterminations morbides.

I. — FORMES CLINIQUES.

1. — SYPHILIS ACQUISE.

Les *formes cliniques* de la syphilis médullaire sont nombreuses. Cela tient beaucoup plus à la variabilité des localisations topographiques du processus anatomique, qu'à sa nature elle-même. Les travaux les plus récents nous conduisent, en effet, à admettre que les lésions constatées à l'autopsie sont toujours d'origine vasculaire. Mais il n'est pas moins certain, cependant, qu'au point de vue clinique, l'artérite d'un gros vaisseau déterminant l'apparition d'une paraplégie subite n'est pas à mettre sur le même plan que l'artério et la phlébo-sclérose de même essence syphilitique, à marche insidieuse,

productrices des paraplégies à évolution lente, de toutes les plus fréquentes.

Je reviendrai sur ces données anatomo-pathologiques. Toutefois, ce qu'il faut bien que vous sachiez encore pour comprendre la difficulté qu'il y a à établir des types cliniques suffisamment tranchés pour être décrits, c'est que, outre les localisations aux divers étages de l'axe spinal dont je viens de vous parler et qui multiplient les symptômes, la syphilis ne fait pas dans la moelle des lésions systématisées, autant du moins que nous puissions en juger dans l'état actuel de la science. Elle n'agit pas d'une façon élective tantôt sur le manteau blanc, tantôt sur la substance grise. A la vérité, les dégénérescences secondaires qui se produisent dans les divers cordons suivent les lois ordinaires de la pathologie générale de la moelle, mais il ne saurait être question, dans la syphilis spinale, de lésions limitées au système des cordons postérieurs comme dans l'ataxie locomotrice, au système pyramidal comme dans la sclérose latérale amyotrophique, aux cornes antérieures comme dans les poliomyélites aiguës ou chroniques. La syphilis frappe la moelle épinière d'une façon beaucoup plus irrégulière. Elle peut envahir à la fois tous les systèmes, les méninges y compris, à différentes hauteurs, de telle sorte que, même dans les groupes cliniques les mieux établis qui ressortissent à son action, si les cas qui appartiennent à ces groupes présentent entre eux un air de famille qui permet de les reconnaître et aussi de les différencier, il n'est pas moins vrai que deux cas de même ordre sont rarement superposables, exactement assimilables l'un

à l'autre quant à leur expression symptomatique.

J'ajouterai encore que si la syphilis reste souvent limitée à la moelle, il est fréquent aussi de la voir affecter concurremment l'axe spinal, le cerveau, la protubérance, le bulbe et les nerfs craniens. Si je vous dis enfin que, même dans ces derniers cas, les nerfs périphériques ne sont pas toujours indemnes, vous pourrez juger une fois de plus des difficultés que je vous signalais. Étant donnée cette dissémination fréquente du processus, vous aurez donc toujours présent à l'esprit que la vérole, maladie générale, touche fréquemment le système nerveux dans son ensemble.

De ce fait, il ne faudra pas vous étonner de rencontrer, en étudiant les affections en apparence les mieux localisées à la moelle épinière, des phénomènes qui, au premier abord, vous sembleront disparates alors qu'en réalité ils ne feront que trahir la généralisation plus ou moins grande d'emblée du processus anatomique.

J'estime encore que l'étude à laquelle nous sommes accoutumés des maladies systématiques de la moelle a créé une certaine habitude d'observer, une manière spéciale de raisonner dont l'esprit se défait difficilement, et je ne serais pas étonné, pour ma part, que cette éducation particulière ait nui jusqu'à présent dans une certaine mesure aux descriptions, à l'établissement des types cliniques de la syphilis médullaire. Aussi serais-je très embarrassé pour vous indiquer, parmi les nombreux et importants travaux qui ont vu le jour dans ces dernières années sur la syphilis médullaire, un ouvrage où vous puissiez puiser des renseignements com-

plets autant qu'on le pourrait souhaiter sur le sujet qui va nous occuper.

Si l'anatomie pathologique de la syphilis spinale est actuellement très avancée, il n'en est assurément pas de même, loin de là, de la clinique. J'essaierai, chemin faisant, de me baser sur ces données anatomiques pour justifier et interpréter les types qui me paraissent les plus fréquemment observés et que vous avez tout intérêt à bien connaître. Vous ne vous étonnerez pas toutefois, outre mesure, si je suis parfois infidèle à cette méthode.

Mal de Pott syphilitique. — Les premières connaissances relativement précises que nous possédons sur la syphilis médullaire datent de la fin du siècle dernier, du mémoire de Portal (1797), auquel on doit la notion du *mal de Pott syphilitique.*

L'affection est extraspinale, étant liée à l'hyperostose gommeuse des vertèbres. On comprend que le gonflement local que celle-ci entraîne avec elle, la scoliose qui en est la conséquence, manifestations essentiellement objectives et d'une facile appréciation, devaient davantage que les localisations primitivement médullaires attirer l'attention des observateurs. Le phénomène dominant, en dehors de la lésion appréciable à l'œil nu, est une paralysie des quatre membres, si la détermination morbide siège dans la région cervicale, ou des membres inférieurs, si elle se localise à la région dorsale ou dorso-lombaire. Comme dans le mal de Pott tuberculeux, la paraplégie, avec ou sans participation des sphincters, reste rarement flasque ; si elle l'est au début, elle revêt le plus souvent et vite le caractère spas-

modique; elle peut guérir si l'on intervient à temps par un traitement approprié.

Je crois inutile d'insister longuement sur cette forme clinique de la syphilis spinale qui n'offre pas, en réalité, de grosses difficultés de diagnostic et, à l'inverse peut-être de ce que l'on pourrait croire, n'est que rarement observée. Je craindrais d'avoir à répéter ce que vous savez tous, après les travaux de Charcot, sur la compression lente de la moelle épinière.

A ce propos, il est une modalité clinique sur laquelle je désire appeler votre attention. Des travaux récents nous ont appris que la syphilis réclamait, pour elle, nombre de cas présentant l'ensemble symptomatique de la *pachyméningite cervicale hypertrophique* avec ses douleurs de la nuque et du cou irradiées dans les membres supérieurs, ses paralysies accompagnées d'atrophie musculaire dans le domaine des nerfs cervicaux, voire même intéressant la onzième paire cranienne (1), ou produisant l'hémiatrophie de la langue comme dans les cas de Leudet (2), lorsque les méninges de la base du crâne sont intéressées concurremment, ce qui n'est pas rare. Or, il faut savoir qu'une ostéite gommeuse avec carie des vertèbres cervicales peut produire également cette virole méningée qui enserre la moelle, et déterminer l'apparition du syndrome dont je viens de vous parler. Le cas de M. Darier (3), relatif à une malade que j'ai pu moi-même observer dans le service de mon maître, M. le professeur

(1) Remak, *Deutsche med. Woch.*, n° 27, 1887.
(2) Leudet, *Ann. des maladies de l'oreille*, 1887.
(3) Darier, *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 22.

Fournier, est à ce sujet des plus démonstratifs.

Gommes intravertébrales. — Je ne saurais également mieux faire que de rapprocher cliniquement des hyperostoses syphilitiques, les gommes intravertébrales, productrices elles aussi, dans la majorité des cas, de lésions limitées. Ces tumeurs siègent beaucoup plus souvent dans les méninges que dans la moelle elle-même où elles peuvent cependant envoyer des prolongements. Ou ces néoformations, toujours rares, sont disséminées sous forme miliaire (1), et alors elles se jugent par l'un des types de myélite plus ou moins diffuse ou généralisée que je vais vous décrire, ou elles se limitent sous forme d'un ou plusieurs amas. Dans ce dernier cas, vous vous trouverez en présence de la symptomatologie des tumeurs de la moelle exposée à souhait dans vos livres classiques. La notion étiologique est seule importante dans l'espèce, car elle commande le traitement; vous ne manquerez jamais de faire tous vos efforts pour la préciser.

Myélites proprement dites. — J'ai hâte d'en arriver à l'étude clinique des myélites proprement dites. Anatomiquement, je vous l'ai dit, la lésion vasculaire qui préside à l'évolution du processus, à l'inverse de ce qui existe le plus souvent dans les affections systématiques de la moelle épinière, touche primitivement à la fois les méninges et le tissu nerveux, de telle sorte que l'on se trouve presque toujours en présence d'une méningo-myélite. A la vérité, ainsi que l'a montré M. Sottas (2), les

(1) Oster, *Journ. of nerv. and mental diseases*, 1889, p. 449.
(2) Sottas, Contribution à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques. Paris, 1894.

artères parenchymateuses peuvent être seules et primitivement envahies, la lésion restera nerveuse proprement dite, mais, je le répète, ces cas sont l'exception comparativement à ceux où l'artério et la phlébo-sclérose influencent concurremment la moelle et ses enveloppes. Retenez en outre ce fait, démontré par les recherches histologiques, à savoir que si l'examen à l'œil nu nous montre des lésions en apparence parfaitement limitées à la région lombaire, par exemple, sous forme d'un ramollissement ou d'une induration scléreuse, le microscope nous révélera, dans la généralité des cas, une infiltration embryonnaire qui pourra s'étendre à l'axe spinal tout entier. Ceci vous permet déjà de prévoir la richesse de symptômes que l'on observe dans les myélites syphilitiques et partant la variété de leurs formes cliniques.

*
* *

Il importe encore, à un autre point de vue, que vous sachiez — car cette notion est indispensable pour la surveillance éclairée des syphilitiques de votre clientèle – que les méningo-myélites ne sont pas, ainsi qu'on l'a cru longtemps, des accidents tardifs de la vérole. Bien au contraire elles constituent, en général, des manifestations relativement précoces. Sur 74 cas de cet ordre que Savard a réunis (1), 26 fois l'affection médullaire avait débuté entre six et huit mois après l'apparition du chancre, 9 fois entre la première et la deuxième année; les 39 autres cas s'étageaient entre deux et vingt-cinq

(1) Savard, Études sur les myélites syphilitiques. Paris, 1882.

ans. Les recherches de Gilbert et Lion (1) confirment l'impression qui se dégage de ces faits et l'accentuent encore. Enfin, sur 18 cas observés par Goldflam (2), une seule fois la myélite avait débuté après la première année consécutive à l'infection.

Étant donné, je ne cesserai de le répéter au cours de cette leçon, qu'on a le plus grand intérêt à dépister l'affection médullaire dès son apparition pour que le traitement sorte tous ses effets, vous voyez que la surveillance devra surtout être active pendant les deux ou trois premières années qui suivront l'accident primitif.

*
* *

Syphilis maligne précoce du système nerveux. — Dans la première forme clinique que je désire étudier avec vous, la localisation médullaire et ses conséquences ne sont, pour ainsi dire, qu'un épisode, au milieu des déterminations de l'infection syphilitique dont le système nerveux tout entier est le siège. Ces cas ressortissent à ceux que j'ai proposé en 1892 de dénommer *syphilis maligne précoce du système nerveux*, et je ne saurais mieux faire, pour illustrer ma démonstration, que de vous présenter le malade que j'étudiais à ce propos devant la Société de dermatologie et de syphiligraphie (9 juin 1892). Par un heureux hasard, il se trouve aujourd'hui dans nos salles.

C'est un homme de quarante ans qui, de bonne santé habituelle, contracta, en 1890, un chancre de l'amygdale. Le 7 novembre de cette même année, il

(1) Gilbert et Lion, *Arch. de méd.*, 1889.
(2) Goldflam, *Wien. Klinik*. 1893, p. 41.

présentait déjà une paralysie faciale droite d'origine périphérique, l'orbiculaire de la paupière étant paralysé. Vers le mois de février 1891, apparaissent, malgré un traitement assez régulièrement suivi, des maux de tête terribles à caractère nocturne, empêchant tout sommeil ; en avril 1891, il tombe dans le coma d'où il sort avec une hémiplégie droite. Il entre alors à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, où une médication énergique améliore la paralysie : toutefois, la *restitutio ad integrum* n'est pas complète et, s'il se sert bien du bras droit, vous voyez qu'il traîne encore le membre inférieur du même côté dont le réflexe rotulien reste très exagéré.

Il sort de l'hôpital et néglige un peu son traitement, il y revient en août 1891 ; depuis deux mois environ il ressent des douleurs très vives dans la région lombaire présentant, de même que la céphalée syphilitique, ce caractère nocturne sur lequel insistait M. Charcot. La marche est très difficile, les membres inférieurs lourds sont le siège de sensations variées de fourmillement et d'engourdissement, les réflexes rotuliens du côté gauche, comme ceux du côté droit frappé antérieurement de paralysie, sont très forts. Enfin, phénomènes particuliers qui ne laissent aucun doute sur la participation de la moelle au processus, il existe une constipation opiniâtre et, avec la perte de l'appétit sexuel, coïncide une rétention d'urine qui alterne avec de l'incontinence. Il est atteint, en un mot, de cette paraplégie syphilitique commune que je vous décrirai bientôt. Depuis, l'affection médullaire s'est améliorée, elle semble aujourd'hui enrayée,

mais j'ai bien peur que la marche ne redevienne jamais ce qu'elle était auparavant.

Ces faits de syphilis généralisée à tout le système nerveux dans lesquels vous constaterez la participation de la moelle au processus sont plus fréquents que vous ne l'imaginez peut-être. Cette généralisation est presque la règle dans la syphilis héréditaire, mais je ne veux pas empiéter sur ce domaine.

Je préfère analyser encore le cas que j'ai observé avec MM. les professeurs Charcot et Fournier et que M. Lamy a consigné dans sa thèse (1), d'après des notes que je lui avais remises. Si je prends cette observation pour exemple, c'est que cette fois le bulbe participe au processus. Cette localisation n'est d'ailleurs pas rare, la syphilis étant, certainement, de toutes les affections susceptibles d'influencer le système nerveux, celle qui produit le plus souvent la méningite de la base du crâne.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans à laquelle son mari communiqua la syphilis dans les premiers jours du mariage, qui eut lieu en janvier 1890. Dès le mois de juin de la même année, elle ressent de violentes douleurs de tête à prédominance nocturne et à caractère névralgique qui, pendant deux mois, empêchent le sommeil. Ces crises névralgiques s'apaisent mais ne disparaissent pas complètement. Entre temps (août 1890), elle accouche avant terme d'un enfant mort. En mai 1891, à la suite d'une nouvelle crise douloureuse, chute de la paupière supérieure gauche avec diplopie, sans déviation appa-

(1) Lamy (H.), La méningo-myélite syphilitique. Paris, 1893, p. 62.

rente du globe oculaire. En août, elle fait pour la première fois un traitement antisyphilitique : la vision normale se rétablit, le ptosis disparaît.

Le 1er septembre, à la suite d'un voyage fatigant, douleurs intenses au niveau de la nuque s'étendant les jours suivants à toute la colonne vertébrale, particulièrement à la région lombaire. Ces douleurs irradiaient en ceinture dans le thorax, surtout à gauche, vers les cinquième et sixième côtes. Un matin, sans ictus préalable, elle se réveille paralysée du membre supérieur et du membre inférieur du côté gauche : elle était atteinte d'une forme de paralysie assez rare, l'*hémiplégie spinale*. Quinze jours plus tard, réapparition des phénomènes oculaires : ptosis, myosis, diplopie.

Ce qui montre bien que la paralysie était d'origine médullaire, au moins en grande partie, c'est que bientôt il existait une constipation opiniâtre accompagnée de besoins impérieux d'uriner et d'une légère incontinence.

La paralysie du bras gauche guérit en quinze jours, sous l'influence du traitement. En novembre 1891, le membre inférieur du même côté recouvre à son tour ses mouvements.

Mais, vers la même époque, le membre inférieur *droit* se paralyse à son tour. De plus, au moment où survient cette paralysie, le membre inférieur, la région abdominale du côté *gauche*, deviennent insensibles à la piqûre. Par contre, la sensibilité est exagérée au niveau du membre inférieur *droit* paralysé. L'affection réalise ainsi le syndrome de Brown-Séquard, l'*hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée*, dont nous avions récemment un bel exemple, que

mon interne M. Jorand a publié (1). J'y insiste pour que vous vous souveniez que la syphilis médullaire réalise assez fréquemment cette modalité clinique. A partir du mois de juillet 1892, la malade est perdue de vue.

Vous vous ferez une excellente idée de ce que sont ces cas de syphilis généralisée en lisant la belle observation publiée par MM. Charcot et A. Gombault en 1873 (2), à une époque où la syphilis des centres nerveux était loin d'être connue comme elle l'est de nos jours. Là encore il existait une paralysie faciale droite complète, une paralysie du moteur oculaire externe gauche s'associant avec une paralysie incomplète du membre inférieur gauche à laquelle se superposait de l'hypoesthésie. Comme on notait de l'anesthésie symétrique du côté opposé, le syndrome de Brown-Séquard se trouvait une fois de plus réalisé. Joignez à cela de la névrite optique et une paralysie de la sixième paire droite avec douleurs dans la sphère du trijumeau, et vous aurez une idée de la complexité que peut affecter la forme clinique que nous étudions en ce moment.

La malade succomba dans le marasme, l'autopsie montra que le cerveau et le cervelet étaient sains. Par contre, on notait une dégénérescence partielle des bandelettes et des nerfs optiques et l'on apercevait de petites plaques indurées, gris rosé à la périphérie, jaunâtres au centre sur le milieu du pédoncule cérébral gauche, sur la partie interne et inférieure du pédoncule droit, au niveau de l'émer-

(1) Jorand, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894, p. 113.

(2) Charcot et A. Gombault, *Arch. de physiol.*, 1873.

gence du nerf moteur oculaire commun droit qui était dégénéré. Deux plaques semblables existaient sur la protubérance, l'une au niveau du plancher du quatrième ventricule, l'autre sur le faisceau latéral de l'isthme à gauche.

Les parois osseuses du canal vertébral et la dure-mère spinale étaient intactes; par contre, il existait une plaque de lepto-méningite d'un centimètre de longueur au niveau de la troisième paire dorsale du côté gauche. L'arachnoïde épaissie englobait les racines correspondantes qui étaient atrophiées. En ce point, sclérose du parenchyme médullaire intéressant le cordon latéral correspondant, la substance grise et les cordons postérieurs. L'examen microscopique révéla une infiltration embryonnaire avec dégénérescence granulo-graisseuse des éléments au centre des plaques; les parois vasculaires étaient altérées au voisinage des nodules gommeux ainsi formés.

Si j'ai insisté aussi longuement sur cette observation, c'est, je vous l'ai dit, que je la considère comme très propre à fixer dans votre esprit la façon dont procède anatomiquement la syphilis pour constituer le type clinique que je viens d'envisager.

En présence de faits analogues, M. Charcot, rappelant ce cas fondamental, avait coutume de dire qu'il s'agissait de *syphilis tigrée* du système nerveux, et cette qualification me paraît des plus heureuses. Devant des lésions aussi irrégulièrement disséminées, vous comprendrez combien l'expression symptomatique des seules localisations médullaires doit être variée : de fait, elle comprend aussi bien le syndrome de Brown-Séquard que les phénomènes qui se rapportent à la pachyméningite cervicale hypertrophique,

laquelle n'est pas rare dans cette forme. Cependant, si les faits de syphilis disséminée du système nerveux avec participation de la moelle affectent tous un certain air de famille, peuvent être rapprochés les uns des autres, il ne s'ensuit pas moins que chacun d'eux, vous le comprenez, renferme en lui-même son propre enseignement et que vouloir en donner une description minutieuse et particulière serait s'exposer à obscurcir le type général qui se dégage de l'ensemble que vous connaissez maintenant.

Il résulte encore des notions anatomiques que l'évolution, ou mieux le pronostic de l'ensemble clinique ainsi créé, variera avec la localisation des lésions et leur plus ou moins d'étendue. Dans le cas de Charcot-Gombault, la mort survint dans le marasme au bout de deux ans environ. Nul doute que si le bulbe avait été touché, au niveau des origines des pneumogastriques par exemple, la survie eût été de moins longue durée.

Cette forme clinique de la syphilis des centres nerveux, dont les expressions symptomatiques sont si variées, peut d'ailleurs affecter une *marche aiguë*, surtout lorsque le bulbe est primitivement touché. J'ai eu l'occasion d'en observer deux cas où l'évolution eût été certainement des plus rapides, si le traitement spécifique n'était pas promptement intervenu.

Le premier se rapporte à un homme de cinquante-cinq ans qui, trente ans auparavant, avait contracté la syphilis. Après avoir ressenti pendant quelques jours une vague douleur à siège plus particulièrement occipital qui ne l'inquiéta pas au point de consulter, il se réveilla un matin avec une chute de la paupière supérieure gauche ; le soir, le bras gauche

était paralysé ; le lendemain, le malade était dans un demi-coma d'où l'on ne parvenait à le tirer qu'avec peine ; le sphincter vésical laissait échapper l'urine, le pouls battait à 110, en dehors de toute élévation thermique. Des cicatrices étalées siégeant sur les membres inférieurs, plus encore que l'étude difficile des antécédents, me firent penser à la syphilis. J'instituai un traitement énergique à l'aide d'injections de peptonate de mercure, en même temps que l'iodure de potassium était absorbé à la dose quotidienne de 6 grammes. Quinze jours plus tard, les accidents paralytiques avaient disparu.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans qui, sans phénomènes prémonitoires, avait vu survenir une paralysie du moteur oculaire externe du côté droit ; le lendemain, le bras gauche était presque inerte ; deux jours plus tard, les membres inférieurs étaient incapables de tout mouvement. Le médecin traitant avait diagnostiqué une paralysie ascendante aiguë : descendante eût mieux qualifié la paralysie dans l'espèce ; là encore, la fièvre faisait défaut. Je n'hésitai pas, pour ma part, malgré l'obscurité des antécédents, à attribuer ces accidents à la syphilis. Je fis entrer le malade dans mon service d'hôpital : un mois plus tard, il était complètement guéri. Je tiens pour certain que, dans ces deux cas, la terminaison fatale fût rapidement survenue en l'absence du traitement spécifique.

De ces deux observations, n'allez pas tirer cette conclusion que cette forme de la syphilis bulbaire ou bulbo-spinale comporte un pronostic bénin ; bien au contraire, car je l'ai vue tuer en trois jours un

malade trop tardivement traité. Retenez-en seulement qu'à l'instar de toutes les manifestations aiguës de la vérole, elle peut être curable et complètement curable si l'on intervient à temps. N'oubliez pas aussi surtout qu'elle est très sujette aux récidives.

Chez le premier de nos deux malades, au bout de trois ans l'affection a récidivé, entraînant de la diplopie et une parésie du bras droit qu'un traitement rapidement conduit permit encore de faire disparaître.

Chez certains sujets, elle revêt un caractère de ténacité — de malignité, aurait-on dit dans l'ancienne médecine — réellement désespérant. Un accident n'est pas plutôt effacé qu'il en vient souvent un autre. Il faut que le médecin soit sans cesse sur la brèche, qu'il surveille constamment son malade, prêt à parer à de nouvelles éventualités toujours à redouter.

Depuis six ans je soigne, avec M. le professeur Fournier, une dame de cinquante-quatre ans, chez laquelle les accidents généralisés, à la fois cérébraux, bulbaires et médullaires, ont débuté d'une façon très précoce, huit mois après l'infection. Chez elle, le traitement doit être presque incessant et, de plus, très actif. S'il se relâche un peu, — l'on est bien forcé d'accorder quelque repos à des malades qui doivent prendre pendant des années le mercure et l'iodure à hautes doses, — on voit réapparaître la paraplégie avec troubles des sphincters, symptôme fondamental dans ce cas, à laquelle s'ajoutent parfois du strabisme, parfois des vertiges, voire de l'aphasie avec engourdissement du bras droit.

Ce sont là, je le répète, des formes graves, tenaces, difficilement curables au moins en totalité, à moins d'intervention très rapide, et, si le médecin

peut beaucoup pour empêcher la terminaison fatale, toujours à craindre cependant, il n'est pas moins vrai qu'il assiste souvent, malgré ses efforts, à l'établissement de paralysies définitives, de lésions indélébiles tant dans le domaine du cerveau ou du bulbe que dans celui de la moelle épinière.

*
* *

Les cas que nous venons d'étudier se jugent cliniquement par un grand luxe de symptômes; leur caractéristique, en dehors de la ténacité de l'évolution et de la variabilité symptomatique, est que le système cérébro-bulbaire participe, concurremment avec la moelle, au processus. Dans les faits que je veux maintenant envisager, la syphilis se limite exclusivement à l'axe spinal ou, du moins, si quelquefois on voit survenir des paralysies des nerfs craniens par exemple, il reste évident que l'effort le plus considérable porte sur la moelle épinière.

De toutes les myélites syphilitiques, celles que je vais étudier sont certainement de beaucoup les plus fréquentes. La classification des différentes formes, vu la variété qu'elles affectent, n'est pas très facile à établir; j'essaierai cependant de le faire en prenant toujours des malades que je vous présenterai, ou des observations déjà publiées que j'analyserai, pour bases de ma description.

Cliniquement, c'est la paraplégie qui domine la scène morbide, car sur 44 cas de myélite analysés par MM. Gilbert et Lion, 4 fois seulement il existait une paralysie des quatre membres, et les monoplégies spinales sont au moins aussi rares. La

localisation dorsale, ou mieux dorso-lombaire du processus est donc de beaucoup la plus souvent observée. Aussi, je négligerai à dessein les *quadriplégies* qui, en somme, appartiennent surtout aux formes cliniques généralisées que nous avons appris à connaître, pour vous entretenir tout particulièrement des *paraplégies* syphilitiques.

J'estime qu'au point de vue clinique nous devons, pour apporter quelque ordre dans leur description, nous baser principalement sur l'évolution aiguë ou chronique du processus : dans une première catégorie, nous aurons les myélites ou paraplégies aiguës, dans l'autre les myélites chroniques ou paraplégies à évolution chronique d'origine syphilitique.

Myélites aiguës. — Les *myélites aiguës* au cours de la vérole sont aujourd'hui bien connues. En 1888, alors que j'avais l'honneur d'être chef de clinique du professeur Charcot, une jeune femme de dix-huit ans fut conduite dans le service, et la personne qui l'accompagnait nous rapporta l'histoire suivante.

La malade, six mois auparavant, avait contracté une syphilis d'allure bénigne. Trois jours seulement avant son entrée, alors qu'elle semblait en parfaite santé, elle avait ressenti subitement des douleurs extrêmement vives dans la région dorsale inférieure de la colonne vertébrale. Le deuxième jour au matin, les membres inférieurs étaient complètement paralysés : les réflexes rotuliens étaient abolis, l'urine devait être retirée à la sonde. Toutefois les troubles de la sensibilité du segment inférieur du tronc et des membres inférieurs étaient peu accentués. Un traitement énergique fut immédiatement institué, et, malgré une rougeur de mauvais augure du sacrum,

indice d'une escarre qui ne se produisit pas. d'ailleurs, dix jours plus tard la malade pouvait se tenir sur ses jambes, les mouvements revenaient de plus en plus satisfaisants, les troubles de la sensibilité disparaissaient complètement, et, au bout d'un mois, elle quittait la Salpêtrière complètement guérie. Ceci, je vous l'ai dit, se passait en 1888 ; j'ai eu l'occasion de la revoir en 1893 : l'affection n'avait pas récidivé.

Je dois avouer que les choses n'iront malheureusement pas toujours ainsi, car la myélite aiguë syphilitique dont je viens d'esquisser les traits devant vous affecte rarement une évolution aussi bénigne. J'ajouterai cependant, et cela n'enlève rien dans mon esprit à la gravité générale du pronostic, que, s'il est une myélite complètement curable, c'est encore celle qui affecte cette marche aiguë, comparativement, par exemple, aux formes à évolution chronique où le danger immédiat est, à la vérité, beaucoup moindre, mais dans lesquelles la terminaison par la *restitutio ad integrum* est tout à fait exceptionnelle. C'est là une loi de pathologie générale qui régit les manifestations de la syphilis des centres nerveux, quel que soit le siège de ses manifestations.

Je ne veux, pour preuves de cette gravité, que les cas suivants, dont le premier appartient à Goldflam (1).

Un homme de vingt-deux ans contracte la syphilis au mois de mai 1890 et se traite par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Au mois de septembre de la même année, céphalalgie, puis rachialgie intenses empêchant le sommeil. Quelques

(1) Goldflam, *Wiener Klinik*, février-mars 1893.

jours plus tard, la jambe droite puis la jambe gauche se paralysent. Anesthésie de tout le segment inférieur du tronc et des membres inférieurs : les sphincters sont paralysés. Bientôt se montre une escarre sacrée à tendance extensive ; d'autres taches escarrotiques surviennent au niveau des trochanters, s'accompagnant d'œdème des téguments. La fièvre s'allume, le malade se cachectise et meurt le trente-deuxième jour de sa maladie, cinq mois après le début de l'infection syphilitique.

La mort peut être encore plus rapide. Sottas (1) rapporte l'observation d'un homme de trente-deux ans, infecté deux années auparavant, qui, depuis un mois environ, ressentait des douleurs lombaires. La marche, néanmoins, s'effectuait encore bien quand, subitement, il fut frappé de paraplégie : soixante heures plus tard il succombait. La période prémonitoire de la paralysie avait été, à la vérité, un peu plus longue que dans le cas précédent, mais vous pouvez juger avec quelle rapidité survint la terminaison fatale.

Chez un homme de cinquante ans (Lamy) (2) qui, un an auparavant, avait contracté un chancre induré, la paraplégie survint brusquement en pleine rue sans phénomènes douloureux antérieurs ; dix-neuf jours plus tard, il était mort.

Ces trois faits permettront de vous faire une idée générale de la symptomatologie de la forme de paraplégie syphilitique aiguë grave que nous étudions.

Elle se montre chez des sujets dont la syphilis est

(1) Sottas, *loc. cit.*, p. 261.
(2) Lamy, *loc. cit.*, p. 10.

rarement vieille en date. La période prémonitoire de la paraplégie peut manquer: elle est dans tous les cas toujours courte et, lorsqu'elle existe, se juge par des phénomènes douloureux du rachis très importants dans l'espèce. La paraplégie s'installe donc rapidement: si les deux membres inférieurs ne sont pas envahis simultanément, en deux ou trois jours l'affection s'est complétée. Presque toujours la sensibilité des téguments cutanés du segment inférieur du corps est altérée suivant ses divers modes, en totalité ou en partie; les sphincters sont paralysés. Des escarres se montrent au sacrum, au niveau des trochanters, la fièvre s'allume et le malade succombe dans le marasme, quand la mort très rapide n'est pas l'effet direct de la désorganisation médullaire.

Le tableau clinique, vous le voyez, est des plus nets, des plus simples, c'est celui de la myélite aiguë dorso-lombaire qu'on observe, par exemple, au cours d'une fracture de la colonne vertébrale avec dilacération du tissu nerveux par les fragments osseux.

Examinons maintenant les lésions que l'on trouve à l'autopsie lorsque la syphilis est en cause.

Dans le cas de Sottas, elles étaient très localisées. De plus, à l'inverse de ce qui existe dans le plus grand nombre des myélites syphilitiques quelle que soit la forme clinique qu'elles revêtent, les méninges ne présentaient aucune altération, la moelle était seule touchée par le processus. Dans la partie supérieure de la région dorsale, la consistance de l'axe spinal était très diminuée : sur une coupe transversale, le tissu médullaire faisait hernie, se montrait presque diffluent. La substance grise ne se distin-

guait plus de la substance blanche, il existait un piqueté hémorragique, surtout marqué dans la région centrale. Il s'agissait en somme d'un foyer de ramollissement aigu avec déformation de la substance grise. L'examen microscopique révéla l'existence d'une véritable nécrose du tissu nerveux sous la dépendance de lésions très marquées des artères et des veines.

Dans le cas de Goldflam, il existait aussi un foyer de ramollissement au niveau de la région dorsale moyenne, mais l'affection, sous forme d'infiltration diffuse embryonnaire, s'étendait à toute la hauteur de la moelle; les méninges molles participaient au processus.

Ces lésions méningées, si fréquemment associées aux lésions nerveuses, étaient encore plus marquées dans le cas de Lamy où l'arachnite et la lepto-méningite revêtaient un caractère gommeux. La moelle était également touchée dans toute sa hauteur avec un foyer très net dans la région dorsale supérieure.

Vous le voyez, dans tous ces cas le processus reste identique avec lui-même; d'essence vasculaire, affectant aussi bien les veines que les artères, il produit des lésions de méningite et de myélite associées s'étendant généralement à toute la hauteur de l'axe spinal. C'est la localisation à évolution rapide et très accentuée en un point qui donne naissance au type clinique que nous avons étudié. La prédominance des lésions méningées au niveau des racines postérieures, lorsqu'elle existe, s'accompagne de phénomènes douloureux qui peuvent manquer dans les autres cas.

J'ajouterai encore, ainsi que je vous l'ai déjà fait pressentir, que dans les formes aiguës comme dans les formes chroniques d'emblée que je vais vous décrire, le processus anatomique demeure sensiblement analogue. Dans les formes aiguës, où il est très actif, l'infiltrat embryonnaire arrive rapidement à oblitérer de gros rameaux artériels et veineux, la circulation se trouve interrompue dans un territoire limité, la nécrobiose s'ensuit et souvent avec elle la mort. Dans les formes à évolution lente, l'artérite et la phlébite aiguës sont remplacées par l'artério et la phlébo-sclérose, mais entre ces types extrêmes il n'est pas difficile de trouver des formes intermédiaires que la clinique met d'ailleurs en pleine évidence. Anatomiquement, dans les cas à évolution aiguë, si le sujet ne succombe pas rapidement, ou si le traitement n'amène pas une prompte guérison, les lésions se transforment et la myélite chronique est constituée.

En effet, si les myélites aiguës affectent généralement une très grande gravité, il ne faudrait pas croire cependant qu'elles condamnent toujours le sujet à la terminaison fatale.

Dans le premier cas que je vous ai rapporté, la guérison eut lieu sous l'influence du traitement, qui se montra inefficace devant l'intensité et la rapidité du processus chez les trois autres malades dont j'ai analysé les observations. Je vous ai même dit que cette guérison fut définitive et que cinq ans après l'affection n'avait pas encore récidivé. Mais ce retour à la santé parfaite est exceptionnel, et, une fois frappé, le malade a bien des chances de rester paraplégique. La paralysie, qui avait été flasque au début,

devient spasmodique par dégénérescence secondaire.

Les faits de cet ordre, dont l'évolution varie d'ailleurs dans de certaines limites, mais qui, en réalité, se ressemblent tous plus ou moins, ne sont pas rares dans la littérature médicale. M. Lamy rapporte l'observation d'un homme de vingt-six ans qui, le 7 octobre 1889, un an après l'apparition du chancre, devient paraplégique en sept jours. La paralysie est flasque, les sphincters sont paralysés, l'anesthésie est complète. Au mois de novembre, escarre coccygienne s'accompagnant d'un érysipèle qui guérit.

En novembre, de flasque la paraplégie devient spasmodique, la sensibilité reparaît, mais il existe de vives douleurs irradiant de l'escarre dans les membres inférieurs. Malgré une amélioration assez marquée sous l'influence du traitement spécifique, l'escarre fait de nombreux progrès et le malade succombe à un nouvel érysipèle de la région sacro-coccygienne, un an et demi après le début de la myélite. L'autopsie montre l'existence d'une lepto-méningite scléreuse, surtout marquée à la région dorsale, mais s'étendant, en réalité, à toute la moelle.

Il est fort probable que s'il n'était pas survenu un érysipèle, l'affection médullaire restant stationnaire, l'état chronique se fût définitivement constitué comme dans le cas suivant que j'emprunte encore à M. Sottas.

Un homme de vingt ans contracte la syphilis et se soigne insuffisamment. Six ans plus tard il éprouve dans les membres inférieurs un sentiment de faiblesse accompagné d'éléments douloureux. Au bout

de quelques jours, la faiblesse augmente et en vingt-quatre heures une paraplégie complète et flasque s'établit. Transporté à l'hôpital Lariboisière, il garde le lit pendant huit mois. Au bout de ce temps il peut se lever et faire quelques pas, mais dès lors l'affection reste stationnaire, la paraplégie, suivant la règle, est devenue spasmodique. Vingt ans plus tard, la tuberculose pulmonaire emporte le malade : l'autopsie révèle une bande de sclérose transversale de 3 centimètres de hauteur siégeant dans la partie moyenne de la région dorsale. Il existait une dégénération ascendante et descendante des faisceaux blancs.

Cette dégénérescence descendante est très importante dans l'espèce. Un foyer limité intéressant la moelle peut lui donner naissance, de même qu'une compression extramédullaire par une gomme, une plaque de méningite gommeuse. Même dans les cas où la lésion primitive s'améliore, s'il reste encore une épine scléreuse, la dégénérescence descendante du système pyramidal se produit secondairement et la paraplégie spasmodique en est l'aboutissant commun et indélébile. Comment agir, en effet, sur des lésions cicatricielles et des altérations secondaires ?

Ceci vous explique que la paraplégie spasmodique, dans les myélites d'une certaine durée — que le début ait été aigu ou que la myélite soit chronique d'emblée — est de beaucoup la forme la plus souvent observée, au point, nous allons le voir, qu'elle domine presque complètement la symptomatologie des localisations de la syphilis sur la moelle épinière. La paraplégie flasque avec abolition des réflexes

rotuliens est l'exception : on ne l'observe guère que dans les formes aiguës que nous avons étudiées, et lorsque celles-ci ne se terminent pas par la mort ou par la guérison, la rigidité spasmodique ne tarde pas à survenir sous l'influence des dégénérations secondaires que je viens de vous signaler.

Je veux aussi insister sur un fait d'ordre général dans la symptomatologie des paraplégies syphilitiques, à savoir que, à part certains cas de myélite aiguë à début très rapide, les deux membres inférieurs sont rarement d'emblée affectés au même degré. Si la paralysie est flasque, le membre droit, par exemple, est inerte, alors que le membre gauche conserve encore quelques mouvements. Si la paralysie est spasmodique, le membre droit présente de la trépidation épileptoïde, est raide et peu mobile, alors que le membre inférieur gauche ou inversement a ses réflexes rotuliens exagérés et jouit de fonctions motrices plus accentuées que son congénère du côté opposé. Vous comprenez sans peine qu'il en soit souvent ainsi, étant donné, je vous l'ai dit, que les lésions de la syphilis médullaire ne sont pas systématisées, mais diffuses, irrégulières, et que la dégénérescence secondaire qui accompagne la lésion irrégulièrement limitée doive être plus accentuée dans une moitié de la moelle que dans l'autre.

*
* *

Myélites chroniques. — Je crois avoir assez insisté sur la forme aiguë de la myélite syphilitique et sur les considérations qui découlent de son étude pour que nous abordions l'exposé des *myélites chroniques*

d'emblée, de toutes certainement les plus fréquemment observées.

Dans ce groupe se place un type clinique que vous rencontrerez très souvent et dont les trois malades que je vous présente sont une vivante démonstration.

La forme de myélite à laquelle je fais allusion est connue aujourd'hui sous le nom de *paraplegie spinale spasmodique syphilitique d'Erb*, du nom de l'auteur allemand qui, en 1892 (1), en a donné une bonne description. Je dois ajouter cependant qu'il n'a fait que préciser les notions accumulées par ses devanciers. Vous la retrouverez dans les œuvres de Vulpian et, bien avant 1892, M. Charcot la montrait à ses élèves, sous la désignation de *myélite transverse syphilitique*. J'ai proposé moi-même, quelque temps après le travail de M. Erb (2), dans un article où je traçais une esquisse des formes cliniques des myélites syphilitiques, de lui donner le nom de *paraplégie syphilitique commune*, indiquant ainsi combien sa fréquence était grande par rapport aux autres formes de myélopathies imputables à la vérole.

Dans le mémoire auquel je viens de faire allusion, Erb établit qu'il survient fréquemment, chez des syphilitiques plus ou moins vieux dans leur maladie, car cette détermination morbide est assez rarement précoce, surtout si on la compare à la myélite aiguë, des sensations douloureuses dans la région dorso-lombaire. Les douleurs vives à proprement parler sont rares, il s'agit bien plutôt d'une gêne s'accompagnant de phénomènes d'engourdissement, de fourmille-

(1) Erb, *Neur. Centr.*, 1892, n° 6.

(2) Gilles de la Tourette, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, janvier 1893.

ments passagers, au moins au début, dans les membres inférieurs. Les malades, disait Charcot, accusent le long des cuisses ou des jambes des sensations analogues à celles qu'on éprouverait en faisant glisser sur les téguments, alternativement, des courants d'eau chaude et d'eau froide. Je dois ajouter, pour ma part, que ces sensations anormales se limitent assez fréquemment aux pieds, alternativement à l'un et à l'autre, plus rarement aux deux à la fois. Tantôt il semble au malade que son pied, droit ou gauche, soit gonflé, trop gros pour la chaussure qui le renferme ; tantôt, au contraire, et chez le même sujet, la chaussure paraît trop large. Pendant la durée, fugace au début, de ces phénomènes, la sensation du sol est moins distincte qu'à l'état normal. La marche, néanmoins, n'est pas encore troublée, les malades continuent à vaquer à leurs occupations habituelles. Souvent, dès cette période dont la durée variable est néanmoins presque toujours longue, comprenant parfois des années, surviennent des troubles qui indiquent la participation de la vessie et du rectum au processus. Une nuit, le sujet se réveille mouillé; les mictions sont impérieuses et, si le besoin n'est pas immédiatement satisfait, il s'écoule quelques gouttes d'urine. Parfois, au contraire, le malade doit pousser, il vide incomplètement sa vessie ; à la suite d'une fatigue ou d'un coït, par exemple, la rétention d'urine nécessite l'usage de la sonde. La constipation manque rarement. La puissance sexuelle est parfois abolie dès cette époque.

Il est possible que les choses en restent à ce point : Erb a établi, en effet, que cette forme de myélite avait une certaine tendance à l'amélioration spontanée.

Mais plus souvent encore, surtout si le malade est négligent, ce qui arrive souvent, ou si l'affection n'est pas reconnue, ce qui est fréquent aussi, en un mot si le traitement n'intervient pas à temps, tous les phénomènes s'aggravent.

Les membres inférieurs sont le siège, surtout pendant la nuit ou le soir au coucher, de crampes douloureuses, ils ont de la tendance à devenir raides : un beau jour le malade, qui marchait encore assez facilement et faisait de longues courses sans trop de fatigue, s'aperçoit subitement, à l'occasion par exemple d'un omnibus qui passe, qu'il ne peut plus courir : au moment de s'élancer pour monter dans la voiture, de se garer rapidement d'un danger qui le menace, il constate avec stupéfaction que ses membres inférieurs lui refusent leur service et restent cloués au sol. Bien qu'ayant conservé leur force musculaire, ils ont perdu leur agilité habituelle. Veut-il se lever du siège sur lequel il est resté assis depuis quelque temps ou marcher à nouveau lorsqu'il s'est arrêté, le départ est difficile et ce n'est que lorsque les jambes se sont « échauffées », suivant une expression souvent employée par ces malades, que la marche redevient à peu près normale. Assis sur ce même siège, si les pieds viennent à toucher le sol par la pointe, surtout si le repos a eu lieu après une marche prolongée, il se produit spontanément dans les membres inférieurs un tremblement qui n'est autre chose que de la trépidation spinale épileptoïde.

C'est qu'en effet, chez de tels sujets, toujours, dès le début de l'affection, les réflexes rotuliens sont exagérés plus particulièrement d'un côté, le gauche

ou le droit, par rapport à l'autre. De même, le membre inférieur dont les réflexes sont le plus exagérés ou qui présente de la trépidation spinale est le siège d'une impotence plus marquée. Rarement, en un mot, la parésie, mieux que la paraplégie, est exactement, au même degré, bilatérale.

Si maintenant vous examinez les membres inférieurs, vous constaterez que les masses musculaires ont conservé leur volume normal; et à l'aide de diverses expériences appropriées, il vous sera facile d'établir que leur force n'est pas diminuée. Cette puissance musculaire contraste, c'est un fait signalé par Erb, avec l'impotence motrice relative. Aussi semble-t-il singulier, au premier abord, que de pareils membres ne puissent exécuter avec satisfaction les fonctions qui leur sont dévolues, que la marche soit gênée, la course impossible. C'est que la tonicité musculaire y est toujours, même au repos, exagérée, que les mouvements ne font que l'augmenter encore, au point qu'à l'occasion d'un mouvement brusque, tel que celui de sauter ou de courir, cette tonicité exaltée se transforme en une raideur ou contracture généralisée susceptible momentanément d'empêcher le malade de se tenir debout. Les chutes peuvent, en effet, se produire, non que la coordination des mouvements soit réellement défectueuse — il n'existe pas de signe de Romberg — mais parce que les membres inférieurs sont transformés, momentanément au moins, en bâtons rigides, ce qui, on en conviendra, est peu favorable à la progression normale.

Je vous ai parlé des sensations d'engourdissement et de fourmillement, des crampes qui existent sou-

vent dès le début de l'affection, dans les membres inférieurs. L'examen direct vous révélera parfois que ces troubles de sensibilité ne restent pas toujours purement subjectifs : en effet, vous rencontrerez sur la peau du segment inférieur du tronc, des cuisses ou des jambes, disséminées, le plus souvent sans ordre, des plaques d'anesthésie, voire d'hyperesthésie que, par une analyse minutieuse, vous pourrez attribuer à la suppression ou à l'exaltation fonctionnelle de tel ou tel tronc ou rameau nerveux. A leur niveau, les diverses sensations sont perverties, la piqûre est ressentie comme une brûlure, par exemple, et le retard de la perception sensitive est fréquemment très manifeste. Mais à part certains cas rares, on n'observe pas ces gros troubles de la sensibilité objective ou subjective qui sont si fréquents, vous le savez, dans les myélites aiguës. Sous le rapport de la distribution topographique de ces troubles sensitifs, les faits sont peu comparables entre eux, ce qui tient, évidemment, aux localisations variées des lésions médullaires et surtout méningées par rapport, en particulier, aux racines postérieures envahies par le processus ou englobées dans les adhérences.

Mais cette irrégularité du siège anatomique ne porte que sur la prédominance des lésions sur tel ou tel département de la moelle, car, dans le type clinique établi par Erb, la localisation de la syphilis resterait toujours dorso-lombaire. Suivant cet auteur, le segment supérieur du tronc serait constamment respecté, la paralysie n'atteindrait jamais les bras ; de même l'intelligence demeurerait intacte, les nerfs craniens ne participeraient jamais au processus.

Je crois, pour ma part, que cette règle souffre des exceptions qu'expliquera, d'ailleurs, le peu de précision des notions anatomo-pathologiques à l'époque (1892) où écrivait le médecin d'Heidelberg. Dans plusieurs cas attribuables cliniquement à la forme qu'il a décrite, j'ai observé des engourdissements passagers, voire même tenaces dans les membres supérieurs, s'accompagnant, en outre, d'une impotence assez marquée. Ces cas, à la rigueur, eussent pu être rangés dans la catégorie des quadriplégies qui, nous l'avons vu, d'ailleurs, sont des plus rares; mais, je le répète, l'ensemble symptomatique était bien celui de la paraplégie syphilitique commune.

J'ajouterai de plus qu'à l'inverse de l'opinion émise par M. Erb, les troubles pupillaires sont assez fréquemment observés. Dans un cas récemment soumis à mon examen, il existait à gauche du ptosis avec dilatation de la pupille : l'affection avait envahi les noyaux de la quatrième paire. Mais bien plus souvent vous observerez, sans paralysie de la musculature externe, du myosis fréquemment unilatéral, joint à un certain degré de rétrécissement de la fente palpébrale et à un peu d'enfoncement du globe de l'œil. Il ne sera pas nécessaire, pour interpréter ces phénomènes, qui peuvent se réduire à la simple constriction permanente de la pupille, d'invoquer, comme dans les cas où il existe du ptosis ou de la mydriase, l'envahissement du bulbe. Il vous suffira de vous rappeler que le premier rameau communicant dorsal, qui va de l'axe spinal au sympathique, préside à l'innervation du dilatateur de l'iris et que sa participation au processus syphilitique de la moelle suffit pour expliquer le

myosis, l'action constrictive de la quatrième paire n'étant plus contre-balancée lorsque les fonctions du dilatateur sont annihilées par la paralysie.

Il vous semblera peut-être que cette localisation sur la première paire dorsale est située bien haut pour une myélite que je vous ai dit être le plus souvent dorso-lombaire. Il ne faut pas que vous ignoriez cependant que si, en effet, les lésions de méningo-myélite scléreuse trouvées à l'autopsie sont surtout marquées dans cette région inférieure de la moelle, l'examen microscopique ne révèle pas moins que celles-ci s'étendent presque toujours à toute l'étendue de l'axe spinal. C'est la localisation plus accentuée dans un point, dans la région dorso-lombaire en particulier, qui, jointe à l'évolution chronique d'emblée, donne sa caractéristique au type clinique que nous étudions, et rien de plus. En dehors de cela, la généralisation relative est la règle comme dans toutes les myélites syphilitiques qui, surtout lorsqu'elles affectent une allure chronique, sont toujours plus ou moins diffuses.

L'évolution de la paraplégie syphilitique commune est essentiellement chronique : l'impotence succède à la faiblesse des membres inférieurs, mais la paralysie spasmodique est rarement assez complète pour rendre la marche tout à fait impossible et confiner le malade dans le décubitus horizontal.

Ce qui atténue encore le pronostic dans une certaine mesure, c'est que la maladie est susceptible de s'arrêter dans son évolution ; elle peut même rétrocéder, mais il est très rare que, en dehors de l'influence du traitement, cette rétrocession soit équivalente à une guérison définitive. En un mot, même

dans les cas les plus favorables, la *restitutio ad integrum* est beaucoup plus apparente que réelle. La marche qui était devenue difficile a pu s'améliorer, le sujet est redevenu presque capable de vaquer à ses occupations, mais il ne conserve pas moins des marques évidentes de son ancienne affection. Interrogez les tendons rotuliens aux diverses étapes de la myélite qui prend d'elle-même une semblable tournure, la trépidation spinale qui, à un moment donné, avait fait son apparition, a disparu, mais les réflexes sont restés très exagérés ; de même l'incontinence ou la rétention d'urine n'existent plus, mais il reste d'impérieux besoins d'uriner. Certains de ces malades, chez lesquels l'affection s'est arrêtée ou a rétrocédé spontanément, ont pu reprendre leur vie ordinaire ; mais le plus grand nombre, même en l'absence de récidives, de retours agressifs toujours à craindre, s'ajoutent à ceux qui ont continué à évoluer vers la rigidité spasmodique pour peupler les salles de nos hospices d'incurables ! Et les choses vont ainsi pendant de longues années ; on ne peut dire que leur myélite les conduise à la mort, car presque toujours l'anatomie pathologique ne s'exerce dans ces cas qu'à l'occasion d'une maladie fatale intercurrente.

*
* *

A côté de ces arrêts, de ces améliorations parfois spontanées, mais auxquelles le traitement, une fois la maladie reconnue, prend la plus large part, vous observerez aussi certains épisodes subaigus, des retours agressifs qui viendront troubler la régularité d'évolution de ce type clinique.

Voici, par exemple, un malade âgé de quarante-quatre ans. En 1892, quatorze ans après l'apparition du chancre, il ressent des crampes dans les membres inférieurs, des douleurs dans la région lombaire auxquelles il n'attache d'abord que peu d'importance. Puis la paraplégie s'installe peu à peu ; sans être complète, elle le met néanmoins dans l'impossibilité de faire des marches un peu prolongées ; en 1893, il est presque impotent ; le sphincter vésical est paralysé. A partir de cette époque et sans qu'on puisse mettre cela à l'actif d'un traitement qu'il n'a jamais suivi, il se produit une amélioration assez marquée pour qu'il puisse reprendre tant bien que mal son travail de terrassier.

En mai 1895, il ressent à nouveau des douleurs lombaires à caractère surtout nocturne, une grande fatigue dans les jambes. L'incontinence d'urine qui avait disparu se montre derechef, aussi est-il forcé de se faire hospitaliser et il vient réclamer nos soins. Vous voyez comme il marche difficilement, combien ses membres inférieurs sont raides, surtout au départ : suivant son expression, il a besoin de s'échauffer pour marcher. Les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés, il existe même une légère trépidation épileptoïde du membre inférieur droit. Celui-ci, en effet, d'après une règle constante, est beaucoup plus touché que son congénère du côté opposé : le contraire eût pu avoir lieu. L'affection qui, chez cet homme, semblait vouloir disparaître, ne faisait donc en réalité que sommeiller et son réveil paraît avoir eu lieu sous l'influence de fatigues exagérées.

Chez ce malade, il n'existe pas de symptômes ocu-

laires : il n'en est pas de même de son voisin âgé de quarante-deux ans qui, à trente et un ans, contracta la syphilis, dont il ne se soigna pas, et vit la paralysie spasmodique envahir ses membres inférieurs à trente-huit ans. Chez lui, l'évolution du mal fut assez rapide, car il semble bien qu'en trois mois seulement l'affection en soit arrivée au degré que vous constatez aujourd'hui. Je vous fais remarquer seulement que la pupille droite est en myosis permanent et aussi que le membre inférieur droit est singulièrement plus rigide que le gauche.

Je n'insisterai pas davantage sur cette forme de myélite syphilitique dont vous retiendrez l'évolution chronique, la tendance, dans quelques cas, à l'amélioration spontanée et, au point de vue anatomique, la limitation fréquente au segment dorso-lombaire de la moelle. Vous vous souviendrez, point sur lequel Erb a beaucoup insisté, qu'il s'agit bien plus de rigidité spasmodique que de paralysie à proprement parler, les membres inférieurs conservant presque normale leur puissance musculaire.

Cette tendance à l'amélioration spontanée, ou mieux à l'arrêt de l'affection, rend, je vous l'ai dit, le pronostic moins sombre, mais vous vous rappellerez aussi que la *restitutio ad integrum*, dans ces cas, n'est presque jamais complète. Ce n'est pas sur les améliorations spontanées assez rares et souvent insuffisantes qu'il vous faudra compter, mais bien sur celles beaucoup plus satisfaisantes que vous pourrez obtenir vous-mêmes à l'aide d'un traitement sévère et surtout institué de bonne heure. De ce fait, en exposant la thérapeutique des myélites syphilitiques, j'aurai l'occasion de vous parler encore

de la paraplégie spasmodique que nous venons d'étudier.

*
* *

A côté de la forme clinique que je viens de vous décrire, s'en place une autre qui s'en rapproche par certains côtés, mais dont l'ensemble symptomatique est assez particulier pour lui mériter une place à part dans le cadre des myélites syphilitiques. J'en ai pour la première fois affirmé l'existence au mois de janvier 1893 (1). Mon élève M. A. Schwanhard, qui lui a consacré sa thèse inaugurale (2), n'en a pas trouvé de cas concluants dans la littérature avant cette époque. Vous allez voir que son individualité est des plus nettes et vous jugerez bientôt combien il importe de la connaître si l'on veut éviter une erreur de diagnostic très préjudiciable dans l'espèce.

Un malade vient réclamer vos soins pour une impotence plus ou moins marquée des membres inférieurs. Il se plaint en même temps de douleurs vives, parfois à caractère fulgurant, tant dans le tronc que dans les membres menacés par la paralysie. Les sphincters sont pris. L'examen des yeux vous révèle de l'inégalité pupillaire, parfois il a existé ou il existe encore de la diplopie. Quelquefois vous notez le signe de Romberg : le malade oscille sur sa base lorsque, les pieds étant joints, les yeux sont fermés. Vous pensez immédiatement à l'ataxie locomotrice.

Pénétré de ce diagnostic, vous interrogez les réflexes

(1) Gilles de la Tourette, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, janvier 1893.

(2) A. Schwanhard, Contrib. à l'étude de la forme pseudo-tabétique de la myélite syphilitique (*Thèse de Paris*, 1897).

rotuliens et, à votre grande surprise, vous constatez que non seulement ils sont exagérés, mais que parfois encore leur exaltation coïncide avec de la trépidation spinale. Évidemment vous vous êtes trompés, car si, au début du tabes, les réflexes sont parfois conservés, jamais ils ne sont exagérés.

Quand vous vous trouverez en présence d'un cas de ce genre, vous pourrez d'emblée, en dehors de tout interrogatoire, affirmer nettement l'existence d'une syphilis antérieure. Je connais depuis longtemps ce type morbide, et chaque fois que je l'ai rencontré j'ai toujours pu, sans me tromper, lui attribuer une origine syphilitique. Si j'osais, je dirais que c'est là le vrai tabes syphilitique, car, à l'inverse du tabes ataxique qui peut d'ailleurs naître en dehors de la syphilis, il est justiciable du traitement spécifique qui reste sans influence très appréciable sur la maladie de Duchenne.

Je vous présente deux hommes affectés de cette forme particulière de la myélite spécifique. Le premier est âgé de quarante-quatre ans. En 1889, il contracta la vérole qui fut mal soignée. Quatre ans plus tard, en 1893, surviennent dans le rachis, dans les membres inférieurs, des douleurs à caractère nettement fulgurant; les jambes sont lourdes, il existe une constipation opiniâtre, les urines ne sont émises qu'après de longs efforts. Il entre une première fois dans le service en 1894; je le traite énergiquement : les douleurs disparaissent, la marche s'améliore, il sort au bout de trois mois presque complètement guéri. Une fois sorti, il néglige tout traitement; aussi, au mois de mai 1895, la maladie fait-elle un retour agressif : les douleurs fulgurantes reparaissent et

avec elles les troubles de la marche et des sphincters. Il vacille dans la station debout, les pieds joints et les yeux fermés, il présente le signe de Romberg.

Eh bien, j'examine devant vous ses réflexes ; vous voyez comme ils sont exagérés : vous observez même que le membre inférieur droit, beaucoup plus touché que le gauche par la paralysie, présente de la trépidation spinale. C'est un tabes spasmodique avec douleurs fulgurantes. Je dis *tabes spasmodique*, car la marche n'est pas incoordonnée comme dans le tabes vrai : le malade ne jette pas ses jambes en avant, il les détache difficilement, péniblement du sol à l'instar des sujets atteints de la paraplégie syphilitique commune. Anatomiquement, d'ailleurs, ces deux formes cliniques se confondent, seulement dans celle que je vous décris il y a prédominance du processus méningé sur les racines postérieures, englobées, comprimées par l'exsudat.

Ces troubles de la sensibilité subjective, dont nous connaissons ainsi l'origine réelle, s'objectivent chez notre malade par de larges plaques d'anesthésie disséminées sur les membres inférieurs. J'ajouterai, et l'interprétation est facile à donner, qu'à part les myélites aiguës qui s'accompagnent si souvent et pour cause d'une anesthésie très étendue du segment inférieur du tronc, il n'est pas de forme de la myélite syphilitique qui donne lieu aussi fréquemment à des troubles objectifs de la sensibilité. J'en excepte, bien entendu, les cas rares de tumeur gommeuse de la moelle ou les lésions très localisées susceptibles de produire par exemple le syndrome de Brown-Séquard.

Notre deuxième malade est âgé de vingt-six ans.

A dix-huit ans, il contracta la syphilis. En 1889, il ressentit de violentes douleurs en ceinture irradiant dans les membres inférieurs où elles revêtaient le caractère fulgurant : les fonctions de la vessie et du rectum s'effectuaient mal. Il entre alors à Necker où il est traité énergiquement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Une grande amélioration se produit, le malade sort de l'hôpital et reprend ses occupations ; malheureusement, ainsi qu'il arrive presque toujours, il néglige de se soigner. A partir de 1891, l'affection se constitue définitivement. Aujourd'hui, c'est un paraplégique spasmodique, définitif, je le crains, chez lequel les téguments des membres inférieurs présentent des troubles d'anesthésie et d'hyperesthésie. De temps en temps surviennent des épisodes douloureux.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur cette variété de la myélite syphilitique dont, vous le voyez, le diagnostic est facile. Son évolution se rapproche beaucoup de celle de la paraplégie syphilitique commune : elle est lente et susceptible de présenter les améliorations spontanées, les temps d'arrêt que vous connaissez chez cette dernière. En réalité, je crois que ces deux formes ne diffèrent pas essentiellement l'une de l'autre et que la prédominance de la lésion méningée sur les racines postérieures entraîne seule les particularités cliniques que je viens de vous signaler. J'insiste seulement encore sur ce fait que le traitement a toujours une très heureuse influence sur ces cas particuliers, et que, prise dès le début, cette forme, moins insidieuse que les précédentes à cause des douleurs fulgurantes qui la dénoncent, est susceptible, je le crois, non seulement de rétrograder,

mais encore de guérir complètement. Et j'exprime cette opinion personnelle que les rares faits de tabes guéris par un traitement mercuriel et ioduré devaient être des tabes à réflexes exagérés, c'est-à-dire de véritables méningo-myélites d'origine syphilitique du même ordre que celle que nous venons d'étudier

*
* *

Myélites à formes irrégulières. — Les diverses formes cliniques que nous avons passées en revue sont, parmi les myélites syphilitiques, les plus fréquemment observées; elles ont des caractères spéciaux qui permettent de les reconnaître entre elles et de les différencier aussi des myélites systématisées.

Mais à côté de ces formes suffisamment tranchées pour mériter une description particulière, il en est d'autres qui vous surprendront par l'irrégularité de leurs symptômes. La syphilis, je vous l'ai dit, peut faire des lésions, au moins en apparence, très localisées de l'axe spinal et dans n'importe quelle région: tantôt elle provoque une paralysie des quatre membres si elle affecte la région cervicale, tantôt elle limite ses effets à la queue de cheval, ainsi qu'Eisenlohr (1) en a rapporté une observation typique. Le diagnostic, dans tous ces cas, devra être surtout étiologique.

Mais il est des faits cependant que la constance d'un même et important symptôme semblerait devoir faire entrer dans un cadre clinique bien défini. Je veux parler de ceux où, chez des syphilitiques avérés,

(1) Eisenlohr, *Neur. Cent.*, 1884, p. 73.

il existe de l'*atrophie musculaire*. Et pourtant, si j'analyse les observations publiées, il me semble que ces cas sont peut-être de tous les plus rebelles à une classification. C'est qu'en effet l'atrophie musculaire n'est le plus souvent, dans la circonstance, qu'un phénomène surajouté au tableau morbide.

Tantôt l'atrophie porte sur les muscles des bras ou des avant-bras, ou plus particulièrement sur les éminences thénar et hypothénar, comme dans un cas de Lamy; mais alors l'ensemble clinique est celui de la pachyméningite cervicale hypertrophique que vous connaissez déjà.

D'autres fois, l'atrophie se limite à l'un des membres inférieurs, s'accompagnant de douleurs lancinantes, comme dans une observation d'Osler (1) où l'on trouva des tumeurs gommeuses disséminées dans toute l'étendue de la moelle et des méninges rachidiennes.

Cependant, je dois ajouter que vous rencontrerez des cas dans lesquels l'atrophie musculaire, portant sur un très grand nombre de muscles, tant des membres supérieurs et inférieurs que du tronc, prime la scène clinique au point qu'on est porté immédiatement, par exemple, à croire au type Aran-Duchenne. Tel le fait très intéressant publié par mon maître, M. le professeur Raymond (2) ou celui de Cesare Minerbi (3).

Dans ces conditions, pourquoi, me direz-vous, ne pas conclure nettement au diagnostic d'atrophie

(1) Osler, *Journ. of. nerv. and mental diseases*, 1889, p. 445.
(2) Raymond, *Soc. méd. des hôp.*, 9 février 1893.
(3) Cesare Minerbi, *Acad. des sc. méd. de Ferrare*, 14 juillet 1895.

musculaire type Aran-Duchenne ou, si les réflexes sont exagérés, ne pas penser à la sclérose latérale amyotrophique? A cela je répondrai que la notion étiologique de la syphilis chez un sujet ne doit pas forcément primer toutes les autres, et que ce n'est pas parce qu'on note la vérole dans les antécédents qu'on soit forcément dans l'obligation de lui attribuer la genèse des myélites les mieux systématisées évoluant d'habitude en dehors de son influence. La syphilis est une infection acquise qui ne détruit pas les prédispositions morbides antérieures, l'hérédité nerveuse en particulier. Pour ma part, j'ai observé trois fois la sclérose latérale amyotrophique la plus légitime chez des syphilitiques, sans penser à la mettre à l'actif de la vérole. Je n'y étais pas autorisé dans l'état actuel de la science ; j'ajouterai encore que le traitement spécifique le plus régulièrement suivi resta complètement inefficace.

D'ailleurs, tenez pour certain que dans ces cas où il existe de l'atrophie musculaire, si votre examen est minutieux et complet, vous arriverez assez vite à un diagnostic précis. L'amyotrophie est, je vous l'ai dit, dans la circonstance, un phénomène surajouté, ou mieux elle s'accompagne d'autres symptômes qui vous permettront de trancher la question en litige. Ce qui fit, par exemple, que le professeur Raymond pensa à la syphilis chez son malade, qui semblait réaliser, à première vue, le type Aran-Duchenne, c'est qu'il existait des troubles de la sensibilité objective et subjective que l'on notait également dans le cas de Césare Minerbi. De même, lorsque la syphilis est en cause, l'atrophie musculaire s'accompagne souvent de paralysies vraies, ce

qui n'est pas le fait dans l'atrophie progressive. Vous noterez concurremment de la diplopie, des vertiges, de l'incontinence ou de la rétention d'urine et la vérole est seule capable de produire des lésions assez disséminées pour réaliser un pareil luxe de symptômes.

Les troubles de la sensibilité, la paralysie des sphincters, les phénomènes oculaires ne sont pas l'apanage ordinaire des trois grands groupes d'amyotrophie que nous connaissons : poliomyélite antérieure, sclérose latérale amyotrophique, myopathie atrophique progressive ; soyez assurés que ces phénomènes feront rarement défaut dans les atrophies musculaires liées à la syphilis. Et si vous avez pu éliminer la syringomyélie, votre diagnostic se trouvera parfois corroboré par le traitement dont l'action, pour être souvent limitée, sera toutefois singulièrement plus marquée que dans les myélites systématisées ou les amyotrophies protopathiques dans lesquelles la thérapeutique, quelle qu'elle soit, reste presque toujours impuissante. Inspirez-vous des circonstances pour résoudre un problème souvent difficile, les symptômes accessoires ont ici une importance que vous saurez utiliser.

Enfin, vous devez savoir que la syphilis est capable, quoique rarement, de produire des *paralysies amyotrophiques*, non plus relevant, comme dans le cas de M. Raymond, de la méningo-myélite diffuse constatée à l'autopsie, mais bien de *névrites périphériques* généralisées.

J'observe en ce moment, avec M. le professeur Fournier, une malade de vingt-deux ans qui fut contaminée, il y a quinze mois environ, par son mari.

LANE LIBRARY

Trois mois à peine après l'accident initial, se développait un affaiblissement progressif des quatre membres, surtout marqué aux extrémités inférieures, qui la conduisait bientôt à la paraplégie complète.

Or les pieds étaient tombants, froids et se couvraient de sueurs visqueuses, la peau violacée ; les muscles des jambes, surtout les extenseurs, étaient notablement atrophiés et donnaient la réaction de dégénérescence. Les sphincters n'étaient pas intéressés. Bien qu'il n'existât que peu de phénomènes douloureux objectifs et subjectifs, sauf quelques douleurs lancinantes, on se fût cru en présence d'une paralysie alcoolique, diagnostic qu'il fallait éliminer. Celui de névrite périphérique ne s'en imposait pas moins.

Mais une autre question surgissait aussitôt. La malade, dès le jour où la syphilis s'était révélée, avait été traitée énergiquement par le mercure. Et alors, étant donnée, dans ces conditions, l'apparition précoce des accidents paralytiques, on pouvait se demander si l'on ne se trouvait pas en présence de ces polynévrites mercurielles dont MM. Spillmann et Etienne ont rapporté des exemples (1). Je sais bien que celles-ci sont fort rares, surtout lorsque l'agent toxique agit à dose médicamenteuse, et notre malade n'avait présenté aucune trace d'intoxication; mais enfin, il fallait penser à cette éventualité. Le doute étant permis, nous fîmes porter l'effort thérapeutique sur l'emploi de l'iodure de potassium et sur les applications d'électricité galvanique. Cette médication produisit d'heureux résultats puisque, aujourd'hui, la

(1) Spillmann et Etienne, *Congrès neurolog. de Bordeaux*, août 1895.

VOA 3131

parésie des bras a disparu, que la réaction de dégénérescence n'existe plus dans les muscles des jambes et que la marche, jusqu'à ces derniers temps impossible, fait de constants progrès qui ne tarderont pas, je l'espère, à constituer une guérison définitive.

2. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Après avoir passé en revue avec vous les formes cliniques que revêt la syphilis acquise de la moelle épinière, je dois maintenant vous entretenir des déterminations spinales de la syphilis héréditaire. Celles-ci sont des plus intéressantes ; leur connaissance vous conduira à porter un diagnostic étiologique qui souvent aura échappé à des confrères moins prévenus. C'est qu'à l'inverse de la syphilis acquise, la syphilis héréditaire ne s'impose généralement pas, qu'il faut ne pas manquer d'y songer et bien savoir rechercher ses stigmates pour pouvoir lui attribuer une lésion médullaire dont la thérapeutique, en dehors de ces données, resterait forcément infructueuse.

La notion de la syphilis héréditaire de la moelle est de date récente. Dans ses *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive* publiées en 1886, M. le professeur Fournier s'exprimait ainsi : « Autant les documents relatifs au sujet dont nous poursuivons l'étude sont nombreux et précis en ce qui concerne les affections du cerveau, autant ils deviennent rares et vagues relativement à celles de la moelle qui doivent nous occuper actuellement. »

Et cette opinion s'appliquait aussi bien aux cas de syphilis héréditaire, congénitale ou précoce,

qu'aux cas tardifs que mon maître envisageait plus particulièrement alors.

En effet, à part quelques faits écourtés d'Hutchinson, de H. Jackson et de Bartlett, on peut dire qu'en 1886 la question de la syphilis médullaire héréditaire était à peine posée.

Dans certaines observations analogues par exemple à celles de Laschewitz et de Fournier, il existait bien des troubles de la motilité, indépendants de lésions cérébrales, mais ceux-ci se rapportaient à des phénomènes de compression spinale en relation avec l'*hyperostose gommeuse des vertèbres* sur laquelle je crois inutile de revenir après ce que je vous en ai déjà dit. On pourrait remarquer à ce propos que nos premières connaissances sur les paralysies spinales dans la syphilis acquise se rattachent également aux ostéites vertébrales gommeuses. Tel le *mal de Pott syphilitique* de Portal.

En 1889, Siemerling écrivait encore que si les notions que nous possédions alors sur la syphilis acquise des centres nerveux commençaient à être satisfaisantes, on continuait à compter les cas où le cerveau et la moelle avaient été héréditairement touchés par la vérole. Bien plus, il n'avait pas été publié, suivant lui, une seule observation où la moelle fût uniquement en cause, la syphilis héréditaire paraissant toujours envahir l'axe cérébro-spinal dans son entier lorsque le cerveau n'était pas seul touché.

A dater de 1889, quelques travaux virent le jour sur cette question; mais, malgré l'esquisse générale que Volpert (1) avait tentée, les faits publiés étaient

(1) Volpert, *Thèse de Nancy*, 1894.

restés isolés, sans liens entre eux, lorsque, en 1896, dans un mémoire (1) que M. le professeur Fournier voulut bien présenter à l'Académie de médecine, nous avons essayé de fixer la symptomatologie de la syphilis héréditaire de la moelle épinière. Nous apportions pour ce faire des observations inédites que nous avions recueillies tant à l'hôpital Saint-Louis que dans notre service ou notre clientèle particulière.

L'année suivante, notre interne M. Gasne consacrait sous notre inspiration sa thèse inaugurale (1897) à l'étude de cette question, fournissant une sérieuse contribution anatomo-pathologique et des observations nouvelles à cet intéressant sujet de pathologie nerveuse.

Les faits de cet ordre sont d'ailleurs ou paraissent relativement rares, soit que l'attention des observateurs n'ait été encore que peu sollicitée de ce côté, soit qu'en réalité ils soient peu fréquents. Il faut considérer en effet, et cela résulte des recherches de M. Gasne, que nombre de fœtus ou d'enfants mort-nés hérédo-syphilitiques présentent des lésions spinales qui eussent évolué et se fussent révélées cliniquement si la vérole elle-même ne les avait pas tués dans le sein maternel.

*
* *

On peut considérer que la syphilis héréditaire frappe la moelle épinière à trois périodes de l'existence : pendant la vie intra-utérine, pendant les premières années jusqu'à l'adolescence, pendant

(1) Gilles de la Tourette, La syphilis héréditaire de la moelle épinière (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, nos 2 et 3, 1896).

l'adolescence et l'âge mur. Les accidents par lesquels elle se manifeste seront donc dits *congénitaux*, *précoces* ou *tardifs*.

Les cas congénitaux se divisent en deux catégories utiles, pour les besoins de la description, à séparer l'une de l'autre.

La première comprend les enfants mort-nés avant terme ou à terme ou ceux qui, nés dans les mêmes conditions, n'ont vécu que quelques jours ou quelques semaines. La clinique n'a presque rien à voir avec ces faits qui comportent seulement des investigations anatomo-pathologiques.

Dans la seconde catégorie, il s'agit d'enfants vivants, nés à terme ou avant terme, présentant les manifestations cliniques d'une syphilis congénitale de la moelle épinière.

Les cas *précoces* sont ceux où la détermination médullaire semble ne s'être effectuée qu'un certain laps de temps après la naissance, c'est-à-dire pendant l'enfance.

Pour les cas *tardifs*, il n'est pas besoin d'interprétation.

Syphilis héréditaire congénitale. — ENFANTS MORT-NÉS. — Je crois inutile, dans cette leçon purement clinique, d'insister sur la première catégorie que j'ai établie et qui comprend les enfants mort-nés avant terme ou à terme affectés de syphilis héréditaire de la moelle.

Ces cas, je vous l'ai dit, sont surtout intéressants au point de vue anatomo-pathologique. Le processus peut être et est souvent généralisé, affectant le cerveau et la moelle et aussi les autres viscères de l'économie. Les méninges et les vaisseaux sont surtout

frappés, la moelle subit le contre-coup des lésions méningées et surtout celui des lésions vasculaires. Elle peut cependant être envahie pour son propre compte, soit que le processus syphilitique ait pris naissance dans sa substance même, sans doute dans les septa conjonctifs que la pie-mère lui envoie ou dans les vaisseaux qu'ils supportent, soit que la néoplasie ait irradié de la méninge voisine.

Dans tous les cas, le processus paraît bien être celui d'une *méningo-myélite embryonnaire*. Si donc nous faisons abstraction des arrêts de développement du côté du système nerveux dont la syphilis héréditaire est d'ailleurs coutumière vis-à-vis d'autres organes (dents en particulier), il viendra immédiatement à l'esprit de rapprocher, au point de vue anatomo-pathologique, cette méningo-myélite des lésions viscérales, en particulier de l'*hépatite interstitielle* diffuse que l'on rencontre si souvent chez les fœtus ou les enfants qui ont succombé à la syphilis congénitale. Ce sont là, dans des organes différents, les effets d'un processus de même ordre, très simple dans son essence, reconnaissant une même origine vasculaire.

Cette origine vasculaire, nous la retrouverons d'ailleurs à toutes les périodes de la vie où se manifeste la syphilis héréditaire de la moelle ; en réalité, les lésions ne diffèrent pas de celles que nous avons apprises à connaître en traitant de la syphilis acquise, ce qui m'épargnera de m'étendre sur leur description.

Enfants vivants. — Les faits de la deuxième catégorie se rapportent à des enfants vivants, nés avant terme ou à terme, et présentant des manifestations

se rapportant à la syphilis congénitale de la moelle épinière.

Ces cas comportent une description clinique. Au point de vue anatomo-pathologique, ils ne diffèrent pas singulièrement des précédents, car la *sclérose* qui imprime sa caractéristique aux lésions observées n'est en somme que l'évolution plus avancée en âge du processus diffus embryonnaire.

L'affection médullaire a encore débuté pendant la vie intra-utérine : elle doit de persister à ce fait que, pour des raisons qui échappent à notre appréciation, le sujet n'a pas succombé avant ou dès sa naissance, soit à la localisation cérébro-médullaire, soit, plus souvent encore peut-être, aux manifestations viscérales de la syphilis héréditaire, associées si fréquemment aux lésions nerveuses. Si je parle de localisation cérébro-médullaire, c'est que, dans ce groupe, je connais à peine une observation où la localisation ait été exclusivement spinale. Dans tous les autres cas publiés par Moncorvo, Dickinson, H. Jackson, etc., le cerveau, pour la majorité des symptômes observés, prenait part au processus.

L'observation à laquelle je viens de faire allusion est la première d'un mémoire publié en 1895, en collaboration avec M. le professeur Fournier (1), dans lequel nous montrions la part étiologique qui revient à la syphilis héréditaire dans la maladie de Little ou rigidité spasmodique congénitale. Ici les lésions congénitales prédominaient nettement sur la moelle épinière.

(1) A. Fournier et Gilles de la Tourette, La notion étiologique de l'hérédo-syphilis dans la maladie de Little (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1895, n° 1, p. 22).

En effet, chez cet enfant né de parents syphilitiques — au moins le père — à la paralysie apparente des premiers mois de la naissance, portant sur presque tous les muscles des membres et du tronc, succède, ainsi qu'il est de règle en pareils cas, une rigidité spasmodique qui va en s'atténuant de plus en plus aux membres supérieurs, de telle sorte qu'à l'âge de quatre ans, ceux-ci peuvent être considérés comme à peu près indemnes désormais de tout phénomène spasmo-paralytique. Par contre, la rigidité spasmodique persiste, très accentuée, aux membres inférieurs qui présentent de la trépidation spinale. Jamais il n'a existé de troubles cérébraux, l'intelligence est remarquablement développée ; pas d'accès épileptique, pas de strabisme ni de nystagmus.

J'ajouterai même que, depuis 1895, un traitement mixte régulièrement suivi a amené une notable amélioration de la paraplégie, de telle sorte que le sujet, complètement impotent à cette époque, peut aujourd'hui se tenir debout et détacher du sol ses membres rendus rigides par la paralysie.

En somme, actuellement l'aspect clinique est celui d'une paraplégie spasmodique sans participation des sphincters, incontestablement congénitale, mais ne différant guère de la paraplégie commune de la syphilis acquise.

Je pense donc, en m'appuyant sur ce cas, encore isolé à la vérité, que l'hérédo-syphilis peut, congénitalement, porter sur la moelle sinon tous ses efforts, au moins son action la plus importante et presque exclusive comparativement au cerveau.

Et ce qui tendrait encore mieux que toute discus-

sion à le démontrer, c'est le malade que je vous présente, chez lequel on voit l'hérédo-syphilis s'essayer pour ainsi dire dès la naissance sur la moelle, pour produire, en dernière analyse et dans l'âge adulte, une paraplégie spasmodique à laquelle il ne manque rien pour qu'on lui attribue, en dehors du ptosis, une origine purement médullaire.

Syphilis héréditaire précoce et tardive.— J'arrive maintenant, suivant la classification que j'ai adoptée, aux cas dans lesquels la syphilis héréditaire affecte la moelle, non plus congénitalement, mais dans les premiers mois ou les premières années qui suivent la naissance. Là encore, le cerveau et la moelle sont souvent conjointement envahis, mais la dissociation devient de plus en plus fréquente. La variété des symptômes cliniques augmente d'autant et rend difficiles les groupements nosographiques : l'anatomie pathologique nous donne d'ailleurs la clef de cette variété même.

Dans les cas congénitaux, en effet, il semble que les lésions anatomiques soient presque toujours sensiblement les mêmes : un processus d'infiltration embryonnaire avec son aboutissant, la sclérose, si la survie est suffisante.

A mesure que le sujet avance en âge, les tissus se différencient de plus en plus, prennent une individualité fonctionnelle plus marquée ; la moelle, les méninges, les vaisseaux semblent agir, être frappés davantage, chacun pour son propre compte. L'infiltration embryonnaire, base du processus, se collecte elle aussi volontiers davantage pour aboutir au dépôt gommeux proprement dit, soit interstitiel, soit périvasculaire, soit méningé. De plus, il se joint

probablement (surtout dans la syphilis héréditaire tardive) à l'artérite gommeuse proprement dite, l'artério et la phlébo-sclérose si difficiles à différencier anatomiquement des scléroses des vaisseaux observées dans les infections autres que la syphilis. Le cycle anatomique est alors complet. Le champ clinique s'en élargit davantage et, sous ce rapport, il nous semble qu'à part sa grande tendance à rester encéphalo-médullaire, indice de la généralisation initiale du processus, la syphilis héréditaire précoce et surtout tardive de la moelle épinière ne diffère pas sensiblement dans ses formes cliniques des expressions si variées de la syphilis acquise. C'est ainsi qu'on retrouve des formes aiguës et d'autres chroniques d'emblée ; des formes bulbo-spinales et d'autres exclusivement médullaires (1). Il n'est pas jusqu'à la variété amyotrophique, signalée par lui dans la syphilis acquise, que M. Raymond ait retrouvée dans la syphilis héréditaire. Les modalités cliniques toutefois prêtent à des classifications moins précises, vu le petit nombre de cas qui ont été publiés.

Je crois donc inutile de m'arrêter à la description de ces diverses formes de la syphilis héréditaire, précoce ou tardive, de la moelle épinière, après le tableau clinique que je vous ai tracé de la syphilis acquise. Il me semble plus utile d'insister sur les moyens par lesquels on peut arriver à préciser la notion étiologique, laquelle, croyez-m'en, n'est pas toujours facile à obtenir. Le difficile, je le répète, n'est donc pas de faire le diagnostic de la lésion médullaire, mais bien de rattacher la forme nerveuse

(1) Gasne, Localisation spinale de la syphilis héréditaire, 1896.

observée à la syphilis héréditaire s'il y a lieu.

En ce qui regarde les cas précoces, c'est-à-dire ceux dans lesquels l'affection a débuté dans les premières années qui ont suivi la naissance, en présence d'un enfant porteur d'une lésion médullaire, lorsqu'aucune étiologie ne satisfait l'esprit, il est des signes qui devront vous faire penser à la syphilis héréditaire. C'est d'ailleurs presque toujours dans le même sens que devront porter vos investigations.

Il est rare en effet, au moins à cet âge, que la manifestation médullaire soit restée isolée. Bien souvent il existe, ou il a récemment existé, des manifestations de même ordre du côté d'autres organes. Vous devrez examiner particulièrement les yeux, les oreilles, le nez et les dents, la kératite interstitielle et les lésions dentaires restant les lésions les plus importantes parmi les stigmates de l'hérédo-syphilis que je ne puis ici tous passer en revue. Au sujet des lésions dentaires, vous n'oublierez pas toutefois que la première dentition reste souvent indemne des tares de la syphilis héréditaire, comparativement à la seconde, et que l'encoche des deux incisives médianes supérieures est seule véritablement pathognomonique. Chez les très jeunes enfants, vous rechercherez les lésions cutanées, et en particulier celles qui, ultérieurement, laisseront les cicatrices fessières bien décrites par Parrot et qui ont une grande importance dans l'espèce. Vous noterez les stigmates dystrophiques (1): nanisme, déformations craniennes, tibia en lame de sabre ; interrogeant les parents,

(1) Edmond Fournier, Les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis (*Thèse de Paris*, 1898).

vous apprendrez souvent qu'il a existé une ou plusieurs fausses couches antérieures, faits importants si la syphilis des ascendants reste douteuse, ce qui est fréquemment le cas.

De cette façon, vous arriverez à la notion étiologique que vous recherchez : instituez alors le traitement spécifique, et souvent les résultats que vous obtiendrez viendront corroborer vos présomptions.

Pour ce qui est des adultes — et ici nous rentrons dans la syphilis héréditaire tardive, c'est-à-dire celle qui affecte les sujets à dater de l'adolescence, chez lesquels la recherche des stigmates, en particulier des lésions dentaires, garde la même importance — vous aurez à éliminer, bien entendu, la notion d'une syphilis acquise.

Pour bien vous montrer toutefois avec quelles difficultés vous serez parfois aux prises et par quelles péripéties passera votre diagnostic, je vais résumer devant vous l'histoire clinique de deux cas qui me sont personnels.

Je puis d'ailleurs vous présenter le sujet de la première observation (1). Il ressortit à cette forme bulbo-spinale de la syphilis acquise dont je vous ai déjà tracé la symptomatologie. De ce fait, je n'insisterai que sur les difficultés que j'eus à surmonter pour arriver au diagnostic étiologique.

Au mois de février 1892, je rencontrai pour la première fois ce malade chez un de mes amis électricien distingué. Il était alors âgé de dix-neuf ans et demi. Il lui avait été adressé par son médecin ordinaire,

(1) Gilles de la Tourette, Note sur un cas de syphilis héréditaire tardive bulbo-médullaire (*Ann. de dermat. et de syphiligr.*, 1892, p. 845).

fort embarrassé pour porter un diagnostic précis au sujet d'une série de troubles paralytiques, en particulier d'une impotence manifeste du bras droit qui empêchait son client de remplir ses fonctions de comptable à sa complète satisfaction. Je fus prié d'examiner ce jeune homme dont, je le répète, le diagnostic n'avait pu être précisé.

Il me raconta que vers le 17 juillet de l'année 1891, bien portant jusqu'alors, il avait éprouvé une forte sensation de fatigue dans les membres inférieurs, particulièrement à droite, qui devinrent bientôt le siège d'une impotence progressive ; le 24, il ne pouvait plus ni marcher ni se tenir debout les yeux fermés ; la paraplégie était flasque non spasmodique.

Le 25, on le transporte dans un service d'hôpital : la paralysie flasque persiste ; grands vertiges lorsqu'il essaye de se tenir debout ; *diplopie* pendant trois semaines ; troubles de l'articulation des mots : les P sont prononcés comme des B et *vice versa* ; les liquides ne sont pas rejetés par le nez. Vers le 10 août, il urine à deux reprises dans son lit sans s'en apercevoir. Cinq jours plus tard, surviennent des fourmillements dans le bout des doigts de la main droite ; crampe de cette main qui l'empêche de tenir son couteau ou sa fourchette ; très légers fourmillements dans le bras gauche. Cet état reste stationnaire jusqu'au 10 octobre.

Jusqu'alors, le malade avait été traité par les douches froides, le valérianate d'ammoniaque, le bromure de potassium. Ce dernier ayant occasionné quelques inconvénients (langue saburrale, inappétence), le malade s'en plaignit un soir à l'interne, au moment de la contre-visite. Celui-ci le remplaça par

l'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour régulièrement administrés.

Au bout de huit jours, apparaît un mieux considérable. Les vertiges commencent à disparaître, les jambes sont plus solides. Vers le 2 octobre, le malade peut marcher sans canne; la vue, qui était trouble, redevient peu à peu normale. Il sort de l'hôpital très amélioré, mais conservant toujours une certaine faiblesse des jambes, et continue à prendre l'iodure. Le 1er février 1892, il essaye de reprendre ses fonctions de comptable, mais son bras droit, toujours envahi par des crampes, ne lui permet pas de bien écrire. Il se décide à consulter à nouveau et le médecin de sa famille l'envoie chez un confrère électricien qui, à son tour, me demande mon avis.

L'état général est satisfaisant. Il existe encore un certain degré de faiblesse des membres inférieurs avec besoins impérieux d'uriner.

Quand le malade fléchit fortement la tête sur le thorax, il ressent immédiatement une sensation marquée d'engourdissement dans les membres inférieurs. Le réflexe rotulien est normal à gauche, un peu diminué à droite; les réflexes olécraniens sont normaux, crampes et fourmillements dans le bras droit; pas de troubles pupillaires.

En présence de ces phénomènes et en tenant compte du passé, quel diagnostic porter chez ce malade? J'avoue que la première fois que je le vis, je fus fort embarrassé : il n'était pas douteux qu'il existât une lésion bulbaire, mais quelle en était la nature? Je pensai d'abord à une paralysie diphtéritique, étant données la paralysie partielle du voile du palais, la diplopie et surtout l'amélioration pro-

gressive qui s'était montrée. Mais ce diagnostic ne me satisfaisait pas : il avait contre lui l'incontinence d'urine, sans compter l'absence de toute angine antérieure.

Je demandai à revoir une deuxième fois le sujet, et au cours de mon examen, en passant en revue les diverses médications qui avaient été prescrites, mon attention fut attirée sur ce fait que la seule qui se fût montrée efficace n'était autre que la médication iodurée. Je pensai alors à la syphilis: interrogé dans ce sens, le malade me répondit qu'il n'avait jamais eu qu'un rapport sexuel, lequel n'avait été suivi d'aucun accident vénérien.

Je cherchai alors la syphilis héréditaire. Les renseignements que me fournit ce jeune garçon de dix-neuf ans, assez mal préparé pour me répondre, furent alors les suivants. La première grossesse fut suivie d'une fausse couche; elle eut trois autres fausses couches qui survinrent après les trois ou quatre premiers enfants, qui sont au nombre de sept, bien portants, le malade étant le troisième. Il avait marché à treize mois et, à cette époque, avait eu des crises convulsives qui, se prolongeant pendant trois jours, auraient constitué une sorte d'état de mal : jamais d'éruptions cutanées, d'affections oculaires ou auriculaires, ayant au moins laissé des traces appréciables.

Mais il existait des lésions dentaires que M. le professeur Fournier, auquel je présentai ce malade, n'hésita pas à attribuer à la syphilis héréditaire. A la mâchoire supérieure, on note un sillon profond transversal des deux molaires moyennes des deux côtés, avec atrophie de la moitié inférieure de la dent ; atrophie cuspidienne des deux canines supé-

rieures. En bas, les trois premières molaires et les deux incisives du côté gauche sont le siège d'atrophie, de sclérose et d'érosions.

La lésion bulbo-spinale devait donc être attribuée à la syphilis héréditaire ; l'amélioration si considérable, obtenue à l'aide de l'iodure de potassium, corroborait cette interprétation.

Aussi le malade fut-il soumis immédiatement à un traitement spécifique énergique qui ne tarda pas à faire disparaître tous les accidents (juin 1892).

Mais sachez, si je ne vous l'ai déjà dit, que la syphilis héréditaire, au moins lorsqu'elle porte ses coups du côté de la moelle épinière, est encore plus souvent coutumière des récidives que la syphilis acquise. Jusqu'au mois de juillet 1894, le sujet suivit régulièrement des traitements espacés et resta bien portant. Au mois d'août, il se considérait comme guéri lorsqu'il ressentit de nouveau, assez soudainement, une grande faiblesse dans ses membres inférieurs, qui le força à garder le lit pendant huit jours; il avait des fourmillements dans les pieds, surtout lorsqu'il fléchissait la tête avec force ; il s'y joignait d'impérieux besoins d'uriner. Sous l'influence du traitement, au bout d'un mois, il pouvait reprendre ses occupations.

Depuis six ans que je soigne ce malade, j'ai déjà noté trois récidives de son mal, toutes les trois rétrocédant sous l'influence du mercure et de l'iodure de potassium ; la troisième, toute récente, a été traînante, la guérison s'est fait attendre. Il a de plus présenté de l'albumine, qui a disparu aussi de par la médication spécifique. Je note en passant avoir plusieurs fois observé la coïncidence de la

néphrite spécifique chez les malades, atteints de syphilis héréditaire de la moelle, suivis pendant plusieurs années. Enfin, entre temps, j'ai pu voir un de ses frères qui a été atteint d'une névrite rétrobulbaire, diagnostiquée syphilitique, et traitée comme telle par un oculiste distingué. Ce frère, moins âgé que lui, n'a aucun des stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis ; chez lui, en particulier, les dents sont remarquablement saines.

Vous voyez par quelles péripéties a passé le diagnostic chez ce malade qui, en somme, doit au mercure et à l'iodure de ne pas être impotent des quatre membres. Évidemment, il n'y avait qu'à chercher pour trouver ; mais, je le répète, en ce qui regarde la syphilis héréditaire de la moelle, nous sommes encore, aujourd'hui, à une période de son histoire où sa notion s'impose si peu qu'on passe bien souvent à côté d'elle, sans même penser à la découvrir.

Le deuxième cas que je désire vous exposer est au moins aussi intéressant que le précédent : la syphilis se manifesta à trente-cinq ans, ce qui constitue une date d'apparition très tardive dans l'espèce. Enfin, elle affecta la queue de cheval, localisation très rare, même dans la syphilis acquise. De ce fait, le traitement permit la guérison complète des accidents nerveux, ce qui s'observe rarement dans la syphilis de la moelle proprement dite, les lésions de la queue de cheval se comportant comme celles des nerfs périphériques, c'est-à-dire étant susceptibles d'une entière régénération. J'insisterai surtout encore sur les difficultés que rencontra le diagnostic.

Au mois de mai 1895, j'étais mandé en consultation

près d'une dame de trente-cinq ans, assez grande et bien constituée, qui se plaignait d'une difficulté très marquée de la marche. Elle me raconta qu'au mois de janvier de la même année ses membres inférieurs étaient devenus le siège de phénomènes inusités. Il lui semblait que ses pieds s'enfonçaient dans le sol, ou mieux qu'un tapis moelleux s'interposait entre le sol et ses pieds. Ceux-ci étaient engourdis, moins sensibles que d'ordinaire à la piqûre. En même temps se montraient des douleurs sourdes dans la région lombo-sacrée. Elle avait d'ailleurs ressenti déjà ces douleurs au mois d'août 1894, étant aux bains de mer, mais elle n'y avait pas attaché d'importance, celles-ci ayant rapidement disparu. Du reste, tous les phénomènes qu'elle éprouva pour la seconde fois, en janvier 1895, ne durèrent pas plus de huit jours.

Le 11 mars 1895, les douleurs de la région lombo-sacrée revinrent plus vives et avec elles l'engourdissement des pieds se montra plus accentué ; il lui semblait qu'en marchant elle posait les pieds dans le vide, ce qui rendait la locomotion hésitante et difficile.

A partir de cette époque, l'état morbide s'aggrava rapidement : toutefois, les douleurs de la région lombo-sacrée s'amoindrirent sous l'influence de douches chaudes et de l'application de pointes de feu *in situ*.

Lorsque je vis cette dame pour la première fois, en consultation avec son médecin habituel, M. le Dr B..., au mois de mai 1895, je constatai l'état suivant : Mme X... se plaint d'une grande difficulte pour marcher ; depuis plusieurs mois déjà, non seulement la

course est devenue impossible, mais la malade doit encore s'observer lorsqu'elle veut faire quelques pas. Dans la station debout, elle garde avec peine l'équilibre, car ses pieds sentent mal le sol, il lui est impossible, dit-elle, de faire un pas plus vite que l'autre.

Les sensations d'engourdissement qu'elle éprouve dans les membres inférieurs sont encore plus marquées du côté des fesses. Si elle se place sur une chaise, elle n'a pour ainsi dire pas la sensation d'être assise. Dans cette situation, si elle ferme les yeux, elle manque d'équilibre et se renverse en arrière; il lui semble, dit-elle, être assise sur un ballon gonflé. Elle ne sait pas, en outre, où elle place ses jambes quand elle les remue.

Cet engourdissement devient de l'insensibilité presque complète au pourtour de l'anus, du périnée, et au niveau des parties génitales externes. Elle ne sent pas la canule d'un irrigateur ou d'un injecteur vaginal ; il lui semble que ces objets pénètrent dans un canal feutré, insensible, elle ne peut en apprécier les dimensions ; les sensations voluptueuses ont disparu.

Elle a perdu toute notion d'aller à la garde-robe ; lorsqu'elle se place sur le vase, elle est obligée de vérifier, *de visu*, si la défécation a eu lieu ; elle est obligée de prendre de grandes précautions pour ne pas avoir des selles involontaires. De même, elle n'a pas conscience du passage de l'urine, bien que parfois les besoins soient impérieux et nécessitent une satisfaction immédiate.

En dehors de cette bande d'anesthésie presque absolue, qui englobe les organes génitaux externes, le

périnée et le pourtour de l'anus, et de l'hypoesthésie des fesses, de la sensation moins marquée d'engourdissement des membres inférieurs, on constate que les muscles des cuisses et des jambes ont conservé leur volume normal.

Les réflexes rotuliens sont très forts, surtout à gauche où il existe un léger degré de trépidation spinale ; signe de Romberg, les pieds joints, les yeux fermés. Rien du côté des membres supérieurs, les pupilles sont normales.

En présence de la localisation si exacte de l'anesthésie, il n'était pas difficile de diagnostiquer une lésion des racines inférieures de la moelle ou du cône terminal ; les *nerfs de la queue de cheval* étaient presque exclusivement intéressés par le processus.

Mais quelle était la nature de la lésion ? Il fallait éliminer une affection traumatique, la malade n'ayant pas fait de chute sur le siège ; le canal vertébral osseux semblait sain, car la palpation et la percussion des vertèbres lombo-sacrées ne décelaient l'existence d'aucun point douloureux, ne révélaient aucune déformation locale.

L'hypothèse de la syphilis se présenta alors à notre esprit, et comme le mari de Mme X... avait autrefois pris de l'iodure de potassium, nous pensâmes qu'il avait pu contagionner sa femme, bien que celle-ci n'eût pas fait de fausses couches, qu'elle eût un fils de treize ans bien portant, qu'elle niât avoir jamais eu d'accidents spécifiques. En conséquence, nous prescrivîmes le traitement spécifique, comportant, par jour, deux pilules de Dupuytren et 4 grammes d'iodure de potassium.

Je me souviens encore qu'en quittant cette malade,

ma conviction était loin d'être faite et que je ne comptais guère sur l'efficacité du traitement que nous avions prescrit.

Aussi, quand je revins chez elle pour la seconde fois, à la fin du mois de juin 1895, je fus fort surpris de voir mon confrère m'accueillir avec le sourire avant-coureur des heureuses nouvelles. Je constatai avec lui que les phénomènes que je vous ai exposés s'étaient considérablement améliorés ; non seulement la marche était redevenue possible, mais encore, la malade était capable de courir après un omnibus. La sensation pénible d'anesthésie, comparée par elle à la gêne déterminée par la garniture chez une femme qui a ses règles, avait beaucoup diminué : désormais elle avait la possibilité de contrôler, sans le secours de la vue, l'émission des urines et des matières fécales ; le réflexe rotulien était normal à droite, toujours un peu fort à gauche, mais la trépidation spinale avait disparu. La malade se considérait comme presque entièrement guérie ; d'impotente qu'elle était, elle pouvait désormais presque complètement vaquer à toutes ses occupations.

Toutefois, notre diagnostic de syphilis devait subir un nouvel assaut. Son mari, quoique enchanté du résultat obtenu, tenait à se laver du soupçon de syphilis qu'il ne méritait pas, disait-il. Il avait recherché ses anciennes ordonnances et nous prouva que, s'il avait autrefois absorbé de l'iodure de potassium, c'était à petites doses et pour remédier à des accidents cardio-pulmonaires qui n'avaient rien à voir avec la vérole ? Et pourtant celle-ci était bien en cause, puisque le traitement spécifique avait si merveilleusement agi.

Nous en étions là de nos recherches, un peu déçus dans notre espoir d'avoir trouvé la cause réelle de ces accidents. C'est alors que nous pensâmes à la syphilis héréditaire. La mère de la malade, interrogée, nous dit qu'elle avait toujours été bien portante. Jamais de fausses couches, elle n'a eu qu'un enfant — notre cliente — après cinq ans de mariage. Son mari est mort à cinquante-quatre ans, d'une affection chronique des voies respiratoires ; sa santé avait toujours été chancelante.

Les signes de présomption en faveur de la syphilis héréditaire faisaient donc presque complètement défaut. Il n'en était pas de même, toutefois, de certains signes constituant une presque certitude. L'examen des dents, par lequel nous aurions dû commencer nos investigations, était des plus probants dans l'espèce. Les incisives latérales supérieures et inférieures sont striées, déformées, leur bord libre est érodé ; les deux incisives médianes supérieures présentent l'échancrure d'Hutchinson, les canines sont atrophiées ; de même, la première grosse molaire supérieure des deux côtés présente de l'atrophie cuspidienne.

Le doute n'était plus possible, le traitement fut activement poussé. Toutefois, ce n'est qu'après l'avoir renouvelé à plusieurs reprises que la maladie put être considérée, au mois de décembre 1895, comme définitivement enrayée, sinon guérie.

Depuis 1895, notre malade ayant négligé de se soigner, son affection récidiva à deux reprises, mais d'une façon peu sévère : aux deux fois, le traitement spécifique mit obstacle à l'évolution des accidents. J'ai pu la voir récemment : la marche est tout à fait satisfaisante ; j'espère qu'elle saura, par un trai-

tement préventif, éviter de nouvelles récidives.

Vous avez pu voir, par ces deux exemples, les hésitations par lesquelles le médecin peut passer lorsqu'il est assez heureux, pour porter justement le diagnostic de syphilis héréditaire de la moelle; je dis assez heureux car, pour ma part, je suis persuadé que nombre de ces cas sont méconnus, non pas que l'affection ne soit facilement rattachée à l'axe spinal, étant donnée la physionomie si spéciale des myélites, mais bien parce qu'en présence d'une dénégation du sujet, en ce qui regarde la syphilis acquise, on ne songe que rarement à incriminer la syphilis héréditaire. N'oubliez donc pas de chercher de ce côté, et même, dans les cas douteux, n'hésitez pas à prescrire le traitement spécifique.

II. — TRAITEMENT.

Ces dernières considérations me conduisent tout naturellement à vous exposer la *thérapeutique* commune aux myélites syphilitiques, tant acquises qu'héréditaires, et, pour ce faire, je crois utile de m'écarter un peu du plan que j'ai suivi dans la description clinique de ces affections.

1. — INDICATIONS GÉNÉRALES.

J'envisagerai d'abord le type de beaucoup le plus souvent observé, la paraplégie syphilitique commune, accompagnée ou non des troubles de la sensibilité subjective et objective, qui appartiennent particulièrement au tabes spasmodique douloureux sur lequel

j'ai appelé particulièrement votre attention. Dans ces deux formes, le traitement reste le même.

Les malades qui en sont affectés et que vous rencontrerez si fréquemment dans les hôpitaux ou à la ville, ont presque toujours été traités, et pourtant il semble que leur maladie n'ait pas cessé d'évoluer vers la rigidité spasmodique qui les rendra définitivement impotents. Bien que l'influence de la syphilis soit hors de doute dans la genèse de l'affection, est-ce que le traitement serait réellement impuissant à en conjurer les progrès? Je ne le crois pas pour ma part et j'estime que si tant de paraplégiques syphilitiques incurables peuplent les hospices, c'est qu'ils ont été insuffisamment traités et surtout que la thérapeutique n'a pas été mise en œuvre en temps utile. Que voulez-vous, en effet, que fassent le mercure et l'iodure contre une cicatrice scléreuse, contre les dégénérescences descendantes secondaires que celle-ci tient sous sa dépendance?

Mon impression, très sincère, basée sur des faits personnels suivis pendant des années, est qu'il en serait tout autrement si le traitement était institué dès le début, dès l'apparition des accidents médullaires.

Malheureusement, dans la grande majorité des cas, il n'en est pas ainsi, et cela tient à deux causes, pour ce qui est de la paraplégie syphilitique commune en particulier; je les ai déjà esquissées devant vous, mais je n'hésite pas à vous les signaler à nouveau, tant j'estime qu'elles sont importantes à connaître.

En premier lieu, la période prémonitoire de cette forme clinique est presque toujours insidieuse, et les malades négligents ne viennent guère consulter que

lorsqu'un symptôme alarmant, l'incontinence nocturne d'urine, par exemple, les a légitimement effrayés. Comme la marche n'est que peu entravée au début, c'est uniquement lorsqu'ils sentent les membres inférieurs très lourds et presque impotents qu'ils songent à réclamer des soins médicaux. Or, à cette époque, il existe très souvent déjà de la trépidation spinale et les dégénérescences secondaires ont eu le temps de s'effectuer.

Ou bien encore, il faut le dire, et c'est la deuxième cause que j'invoquais, les malades se sont rendus chez le médecin, mais celui-ci, peu au courant des manifestations discrètes au début de la syphilis médullaire, n'a pas pris garde à ces sensations d'engourdissement, de fourmillements éprouvées par des malades qui se plaignent d'une certaine difficulté de la marche, alors que la force musculaire, conservée dans les membres inférieurs, semble rendre leurs allégations au moins problématiques.

Croyez-m'en, si vous avez des syphilitiques dans votre clientèle, lorsqu'ils viendront, de temps en temps, vous consulter et vous demander s'il ne serait pas bon de reprendre le traitement, ne vous bornez pas, ainsi qu'on le fait très généralement, à inspecter leur gorge ou leur tégument cutané, pour voir s'il ne s'y trouve pas quelque lésion en activité. Percutez leurs réflexes rotuliens, il vous arrivera plus souvent que vous ne pourriez le croire de les trouver exagérés ; demandez alors s'il n'existe pas une sensation anormale de lassitude après une station debout un peu prolongée, si la course n'est pas difficile, si la miction ne nécessite pas des efforts.

Et si vous relevez quelques-uns de ces symptômes

dont le malade oubliait même de vous parler, intervenez activement : vous ferez de bonne et utile besogne, vous couperez en herbe des myélites qui allaient évoluer dans le sens spasmodique.

J'ai conscience, pour ma part, d'avoir de cette façon, au moins chez trois malades, évité le développement d'une paraplégie : chez l'un d'eux, il existait déjà de la tendance à la trépidation épileptoïde qui disparut à la suite d'un traitement rigoureux. Je les soigne depuis cinq et six ans : depuis deux ans déjà j'ai pu leur affirmer que leur affection spinale était définitivement enrayée. Je ne puis supposer qu'il s'est agi, dans ces cas, de ces améliorations spontanées qui ne sont pas exceptionnelles d'ailleurs au cours de la paraplégie syphilitique commune ; l'évolution de la paraplégie s'est trop brusquement arrêtée sous l'influence du traitement spécifique pour que je ne fasse pas à celui-ci tous les honneurs de la guérison.

2. — MÉDICATION.

Quel sera donc le traitement?

Mercure. — Étant donné qu'il devra toujours être prolongé, vous aurez, autant que possible, recours, pour le mercure, aux moyens d'administration externe. Outre que l'absorption par la voie cutanée est, je le crois, plus régulière, plus complète, partant plus efficace que par la voie buccale, elle sauvegarde l'intégrité des fonctions digestives que vous devrez conserver aussi satisfaisantes que possible pour l'administration de l'iodure de potassium. Car, qui dit syphilis du système nerveux dit traitement

mixte, et le mercure, dans ces cas, devra toujours être employé, quelle que soit la date de l'infection, concurremment avec l'iodure. C'est le principe expressément formulé par M. le professeur Fournier; son application doit régler votre ligne de conduite.

Deux procédés d'administration du traitement externe sont à votre disposition : les frictions et les injections sous-cutanées. Auquel des deux donnerez-vous la préférence?

Ici, il faut distinguer. Dans les manifestations médullaires que vous jugerez devoir nécessiter un traitement prolongé, dans lesquelles l'urgence n'est pas absolue comme dans les paraplégies aiguës, sur lesquelles je reviendrai d'ailleurs, donnez la préférence aux frictions, surtout si la maladie est à son début, s'il n'y a pas un intérêt capital à intervenir très rapidement en présence d'un symptôme alarmant. C'est le caractère d'urgence immédiate qui doit vous décider à adopter l'un ou l'autre des procédés.

Faites exécuter, en règle générale, une série quotidienne de vingt frictions d'onguent mercuriel double à la dose de 4 grammes pour un adulte et indiquez bien au malade quelle technique il devra suivre. J'évite, pour ma part, de faire les frictions au pli de l'aine, sous les aisselles, l'absorption trop rapide produisant assez souvent une stomatite qui force à interrompre le traitement. D'autre part, il est difficile de débarrasser les poils de l'onguent qui s'y est attaché, et on risque de déterminer ainsi des érythèmes par irritation cutanée.

Je préfère de beaucoup la friction au niveau d'un pli articulaire, pli du coude ou creux du jarret. Un

jour au jarret droit ; le lendemain au jarret gauche ; le troisième jour à la saignée droite ; le quatrième jour à la saignée gauche. Le cinquième jour, vous pourrez faire de nouveau la friction au jarret droit en suivant ultérieurement la même route et en observant quelques règles de propreté que je vais vous indiquer.

Pour exécuter la friction, faites placer une certaine quantité de la dose de 4 grammes d'onguent double que vous avez prescrite sur un carré de drap suffisant pour envelopper, une fois la friction terminée, la région sur laquelle celle-ci aura porté. On frictionnera assez fortement la peau en reprenant de temps en temps une petite dose d'onguent, de façon à ne pas se borner à enduire les téguments, mais à frotter presque « à siccité », suivant l'expression de M. le professeur Fournier. La durée de l'opération, pour 4 grammes d'onguent napolitain, sera de huit à dix minutes environ.

Une fois la friction terminée, le carré de drap sera maintenu en place, recouvert d'une couche de ouate par une serviette, un mouchoir ou une bande roulée autour du membre. La friction sera faite le soir au coucher et le malade dormira toute la nuit avec cet appareil rudimentaire. J'estime, empiriquement peut-être, que la sudation locale, qui ne manque pas de se produire dans ces conditions, favorise l'absorption plus complète du mercure. Le lendemain matin, en faisant sa toilette, le malade enlèvera le pansement et fera localement une lotion savonneuse tiède ; de cette façon, il ne restera rien de la pommade et il évitera l'irritation cutanée ; il poudrera légèrement s'il est nécessaire. Les jours

suivants, il recommencera dans une autre région, de la même manière, en ayant soin de temps en temps de changer le linge de laine qui retient une certaine quantité d'onguent dont l'altération pourrait être la source d'érythèmes locaux.

Après les vingt frictions, huit à dix jours de repos, puis vingt frictions nouvelles s'il n'y a pas de tendance à la stomatite. Celle-ci est rare dans ces conditions : pour ma part, je n'emploie jamais, dans le but de la prévenir, le chlorate de potasse ; à l'intérieur, c'est un débilitant ; localement, je lui préfère des soins minutieux de propreté de la bouche, deux ou trois rinçages par jour des gencives avec l'eau boriquée additionnée de quelques gouttes d'eau dentifrice aromatique.

Iodure de potassium. — Quant à l'iodure de potassium, M. le professeur Fournier, dont je suis la pratique, l'administre concurremment avec le mercure mais sans en cesser l'emploi pendant les huit jours de repos, c'est-à-dire pendant cinquante jours environ. Ne croyez pas que les doses massives soient ici indispensables. Évidemment, il faut tenir compte des idiosyncrasies : tel malade est intoxiqué avec 1 gramme ; chez tel autre, 4 et 5 grammes ne produisent pas le moindre inconvénient. D'une façon générale, donnez 3 à 4 grammes par jour, pendant dix jours, soit trois à quatre cuillerées à soupe d'une solution de 30 grammes d'iodure dans 500 grammes d'eau distillée ; le dixième jour, portez à 4 ou 5 grammes pendant dix jours encore ; puis à 5 ou 6 grammes pendant le reste du traitement, si ces doses sont tolérées.

3. — DURÉE DU TRAITEMENT.

Après cinquante jours d'une thérapeutique ainsi poursuivie, laissez, quoi qu'il existe, reposer votre malade pendant un mois; s'il y a urgence, limitez le repos à quinze jours; recommencez alors un nouveau traitement de quarante ou cinquante jours sur les mêmes bases.

Guidez-vous ensuite sur la rétrocession ou la persistance des manifestations nerveuses, et aussi sur l'état général du sujet. Si la tolérance est suffisante, dans la paraplégie syphilitique commune, faites faire quatre ou cinq traitements de cet ordre la première année, trois la deuxième sinon quatre, de même pour la troisième année. Il est difficile, vous le comprenez, de mettre cette pratique en formules invariables, mais ayez toujours présent à l'esprit qu'aux affections syphilitiques de la moelle, quelles qu'elles soient, il faut opposer des traitements énergiques et longtemps prolongés.

4. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Dans l'intervalle des périodes actives de traitement, tonifiez le malade par le fer et les amers, prescrivez l'hydrothérapie froide, la douche en jet brisé de courte durée (huit à dix secondes), en évitant de percuter avec force les membres inférieurs par crainte de déterminer de la contracture. Les bains d'eau de mer chaude en baignoire, et d'une façon générale toutes les eaux chlorurées sodiques seront des adjuvants favorables. Mais rappelez-vous aussi qu'une saison dans une station

thermale n'est pas indispensable, que le déplacement qu'elle occasionne peut être une cause de fatigue grave pour votre malade. Un long trajet en chemin de fer augmente la rétention d'urine et exalte la tonicité musculaire déjà beaucoup trop exagérée. Dans le même ordre d'idées, proscrivez la station debout, les marches trop longtemps prolongées. Rappelez-vous que les massages des membres inférieurs sont nuisibles, la malaxation des muscles provoquant la trépidation spinale.

Vous vous êtes étonnés déjà peut-être que je n'aie pas préconisé une cure dans ces stations sulfureuses où l'on ferait, dit-on, supporter aux malades des doses extraordinairement élevées de mercure. Je crois qu'aux eaux sulfureuses, pas plus qu'ailleurs, on ne peut faire absorber une dose d'hydrargyre incompatible avec la tolérance de l'organisme. M. le Dr Cathelineau me semble, en effet, avoir démontré par des expériences précises (1) que si, dans les stations sulfureuses, les malades supportent impunément 10 à 15 grammes d'onguent double en frictions quotidiennes, c'est que l'hydrogène sulfuré qui se dégage des eaux transforme le mercure métallique incorporé à la vaseline ou à l'axonge étendue sur la peau en sulfure noir d'hydrargyre parfaitement inabsorbable. Point n'est besoin d'aller à Aix-la-Chapelle, où l'on affaiblit, en outre, les malades par des sudations répétées, pour obtenir de tels résultats. Tenez-vous-en donc aux doses moyennes de 4 grammes et faites faire à domicile un traitement que vous surveillerez vous-mêmes. Votre grande

(1) Cathelineau, *Arch. de méd.*, 1894.

préoccupation, vous le savez, en dehors de l'application régulière du traitement spécifique, est d'éviter à vos malades les fatigues intempestives : ils ne sauraient être mieux que chez eux ou dans une maison de santé où vous pourrez surveiller l'exécution rigoureuse de vos prescriptions.

5. — TRAITEMENT D'URGENCE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES.

La thérapeutique que je viens de formuler devant vous est surtout indiquée, je vous l'ai dit, dans les myélites à évolution chronique d'emblée ; j'estime que, bien appliquée, elle produira toujours de bons résultats, surtout si vous avez pu intervenir au début de l'affection médullaire. Le traitement que je vais vous faire connaître maintenant s'adresse particulièrement aux syphilis malignes précoces cérébro-spinales, aux formes aiguës de la paraplégie syphilitique, aux épisodes parfois aigus des myélites chroniques : en un mot, c'est un traitement d'urgence qui diffère surtout du précédent en ce sens qu'aux frictions vous substituerez, d'une façon générale, les injections sous-cutanées de sels mercuriels.

Parmi tous les procédés d'administration du mercure, les injections sous-cutanées possèdent, certainement, l'action la plus prompte, la plus sûre, la plus énergique, et j'ajoute la plus régulière. Si on ne les emploie pas plus souvent, c'est qu'à mon avis elles présentent des inconvénients que vous prévoyez déjà et sur lesquels je vais bientôt revenir.

Quels sels mercuriels injectables conseillerez-vous ? lesquels faudra-t-il rejeter ? Pour ma part, je

proscris l'emploi des injections sous-cutanées de calomel, aujourd'hui très en vogue, à la dose de 5 centigrammes pour 1 centimètre cube d'huile de vaseline. Ces injections jouiraient d'une action puissante ; de plus, elles ont cet avantage qu'il ne faut les renouveler qu'assez rarement, tous les quatre ou cinq jours. Je n'ai jamais remarqué, quant à moi, qu'elles fussent particulièrement efficaces dans le traitement des myélites syphilitiques ; par contre, je les ai toujours vues très douloureuses. J'estime, il est vrai, et c'est là un fait d'expérience, que dans les paraplégies syphilitiques, les injections faites au lieu d'élection, c'est-à-dire dans l'espace rétro-trochantérien, sont toujours plus difficilement supportées que lorsqu'il s'agit de syphilis à déterminations cutanées, par exemple. Cela tient-il à ce que les filets nerveux des tissus réagissent plus douloureusement que d'ordinaire au contact du liquide injecté parce que la moelle dont ils émanent est touchée par la maladie ? je n'en sais rien ; mais quelle que soit l'interprétation que vous adopterez, le fait existe. Cela ne doit pas, cependant, vous faire rejeter systématiquement l'emploi des injections sous-cutanées, mais vous engager à choisir, parmi les divers sels usités, la préparation qui est la mieux tolérée.

Je me sers habituellement de la solution de peptonate de mercure ammonique (formule de Delpech) que vous trouverez toute préparée dans le commerce et qui renferme environ, par seringue de 1 centimètre cube, 10 milligrammes de sublimé associé à la peptone. Vous pourrez employer aussi la préparation préconisée par M. le professeur Panas, consis-

tant en 4 milligrammes de biiodure de mercure dans 1 centimètre cube d'huile stérilisée. De l'une ou l'autre de ces deux préparations, faites, en général, une injection de 1 centimètre cube par jour, deux dans les cas de grande urgence. L'injection, vous le savez, doit être profonde, intramusculaire. Vous vous servirez d'une seringue stérilisable et d'une aiguille de platine que vous flamberez, puis tremperez dans l'huile phéniquée au quinzième, afin de faciliter son glissement. Vous aurez eu soin de désinfecter localement la peau avec un bourdonnet de coton hydrophile trempé dans la liqueur de Van Swieten. Faites les injections, je vous l'ai dit, dans l'espace rétrotrochantérien en empiétant à chaque fois sur la fesse, alternativement d'un côté et de l'autre; évitez surtout d'injecter à nouveau dans une région qui aura déjà reçu précédemment le liquide mercuriel, vous ne manqueriez pas de provoquer des douleurs et des indurations locales. Procédez avec attention sous ce rapport ; ne disséminez pas trop vos piqûres cependant, car vous vous rappellerez que vous êtes en présence d'affections où le traitement doit être de longue durée, et la place favorable aux injections n'est pas illimitée.

Il arrive parfois que les injections ne provoquent aucune douleur, sont à peine senties. Cela se produit lorsque, par le fait de la myélite, il existe de l'anesthésie localisée ou généralisée du segment inférieur du tronc et des membres inférieurs. Évidemment, cette anesthésie est favorable dans l'espèce en tant qu'elle évite les douleurs. Mais vous vous souviendrez aussi que l'abolition de la sensibilité des tissus cutanés et profonds est surtout l'apanage des myé-

lites aiguës et que, lorsqu'elle est très marquée, elle prélude souvent à l'apparition d'escarres des régions sacrées et trochantériennes. Je crois que pratiquer des injections de liquides irritants dans des tissus ainsi modifiés, c'est non seulement risquer que l'absorption en soit défectueuse, mais encore s'exposer à favoriser l'apparition des troubles trophiques. Faites donc les injections, en pareille occurrence, dans la région interscapulaire ou, mieux, employez les frictions mercurielles, ou administrez le mercure à l'intérieur, à la dose quotidienne de une ou deux pilules de sublimé, de 1 centigramme chaque, associé à l'extrait thébaïque (pilules de Dupuytren) ou de pilules de biiodure ioduré (formule Gibert).

Si les inconvénients que je viens de vous signaler ne sont pas à redouter, agissez comme avec les frictions mercurielles ; faites une série de quinze ou vingt piqûres, suivant la gravité du cas ; laissez le malade se reposer huit ou dix jours et faites une nouvelle série de vingt injections. Pendant toute cette période, sans interruption, administrez, comme devant, l'iodure de potassium aux doses tolérées de 3, 4, 5 ou 6 grammes par jour.

A propos de ce dernier, dans les cas de syphilis cérébro-spinale, par exemple, où vous pourrez vous trouver en présence d'un ictus apoplectique, pendant la durée duquel l'absorption de l'iodure par la bouche est difficile, sinon impossible, n'hésitez pas à recourir à l'administration sous-cutanée de ce sel. Celle-ci est beaucoup plus facile qu'on ne le croit communément. J'ai démontré, en 1882 (Société de biologie), que les injections sous-cutanées d'iodure de potassium, à la dose relativement élevée de

0,50 centigrammes pour 1 centimètre cube d'eau distillée, étaient parfaitement tolérées. Ayez une seringue d'une contenance de 2 centimètres cubes et injectez à la fois 1 gramme d'iodure. Faites ainsi trois ou quatre injections par jour, ou davantage si votre solution est plus diluée ; joignez-y une injection mercurielle. La place ne vous fera pas défaut, car si la mort ne survient pas, le coma ne se prolongera guère au delà de deux ou trois jours et au réveil vous pourrez toujours abandonner la voie cutanée pour la voie stomacale. Je préfère, pour ma part, de beaucoup cette pratique à celle singulièrement plus infidèle des lavements médicamenteux qui sont rarement gardés, au moins en totalité. Inspirez-vous donc des circonstances, mais ne négligez pas ce moyen de traitement qui, dans les cas d'extrême urgence, vous rendra, j'en ai fait l'expérience, des services signalés.

Les myélites syphilitiques, quelles que formes qu'elles revêtent, nécessitent toujours, je vous l'ai dit, un traitement de longue durée et des séries successives de frictions ou d'injections sous-cutanées. Ces dernières, en particulier, peuvent laisser après elles des indurations qui limiteront la place où vous devrez les faire à nouveau. Employez donc, lors d'un premier traitement, par exemple, les piqûres ; lors d'un second les frictions. Ou bien alternez avec les pilules de biiodure à la dose de 2 à 4 par jour, continuez sans interruption cette fois pendant trente ou quarante jours concurremment avec l'iodure de potassium.

Rappelez-vous à ce sujet que chez le même malade, les frictions, les injections sous-cutanées, ou les pilules, même à doses équivalentes de mercure, ne

produisent pas toujours des effets curatifs analogues. Je soigne depuis plusieurs années, avec M. le professeur Fournier, pour une syphilis récidivante à forme cérébro-spinale, une dame chez laquelle les frictions, les pilules de sublimé restent constamment inefficaces, alors que les injections de peptonate de mercure sont pour ainsi dire souveraines, au moins momentanément, car l'affection ne tarde pas à se montrer de nouveau agressive lorsque le sujet n'est plus sous leur influence. J'ai essayé chez cette personne bien des préparations mercurielles administrées par la voie stomacale : le sirop de Gibert, seul, à la dose de deux cuillerées à soupe par jour, c'est-à-dire le biiodure associé à l'iodure de potassium, s'est montré relativement utile, mais à un degré beaucoup moindre toutefois que les injections de peptonate. Les piqûres de calomel n'ont pas été tolérées. N'hésitez donc pas à modifier vos moyens thérapeutiques, si le succès ne répond pas à votre attente, car vous rencontrerez souvent des idiosyncrasies que vous constaterez beaucoup mieux que vous ne sauriez les expliquer.

6. — ÉLECTRICITÉ ET RÉVULSION.

J'en ai fini avec la thérapeutique proprement dite des myélites syphilitiques ; je tiens cependant à compléter mon exposé par quelques considérations qui pourront avoir leur utilité, je l'espère. Dans les formes flasques, de toutes les plus rares, vous retirerez quelques bénéfices de l'électricité faradique, qui fait contracter les muscles que la paralysie rend inertes. Mais l'action électrique est ici purement

palliative : elle n'atteint pas le mal à sa source ; son usage reste donc très limité.

Dans les myélites spasmodiques, l'électricité faradique serait nuisible : elle augmenterait la tonicité déjà trop exagérée des muscles et pourrait provoquer la rigidité des membres. Par contre, l'électricité galvanique, les courants continus me paraissent tout indiqués : appliquez le pôle positif sur la région dorso-lombaire, sous forme d'une large plaque mouillée de 10 à 15 centimètres carrés, et promenez le pôle négatif sous forme d'une autre plaque également humide sur les membres en voie de paralysie. Faites ainsi deux séances quotidiennes d'une heure de durée en employant un potentiel qui variera suivant la susceptibilité des sujets et leur résistance au courant électrique. Je dois avouer cependant que l'électricité galvanique se montrera surtout efficace lorsqu'il existera de l'atrophie musculaire, et celle-ci est rare, en réalité, dans les formes de myélites les plus communément observées. L'électricité, en matière de déterminations nerveuses de la syphilis, a donc un emploi assez restreint. Cependant elle reste le traitement de choix dans les polynévrites, où vous userez des courants continus de la façon que je viens de vous indiquer, en faisant de longues séances quotidiennes dont vous retirerez les plus grands bénéfices. Au cours de son application, faites de temps en temps des interruptions qui exciteront la contractilité musculaire, sans nuire à l'action trophique du courant. Dans ces cas, l'examen électrique des muscles s'impose préalablement à toute intervention ; ses résultats vous guideront dans le choix des divers modes d'application.

Vous serez encore autorisés, dans les myélites, tant aiguës que chroniques, à faire de la révulsion le long de la colonne vertébrale, au niveau du siège supposé des lésions. Autrefois on attachait à ce procédé de traitement une très grande importance, mais c'est un adjuvant de la thérapeutique spécifique et rien de plus. Vous en retirerez cependant quelques bénéfices, en particulier dans les formes douloureuses. La révulsion semble, en effet, chez certains malades, calmer et éloigner les crises de douleur à caractère lancinant ou fulgurant, mais son action sur la lésion elle-même me paraît assez problématique. Abstenez-vous, dans tous les cas, de l'emploi des grands cautères : leur suppuration affaiblit les malades et la plaie peut être l'origine de complications locales. Employez de préférence les pointes de feu, appliquées en séries le long des gouttières vertébrales et non directement sur les vertèbres elles-mêmes; elles devront être guéries dans la huitaine qui suivra l'intervention. Laissez entre elles une place suffisante pour pouvoir les renouveler à plusieurs reprises. C'est en combinant, d'une façon judicieuse, ces divers moyens thérapeutiques, que vous obtiendrez des résultats satisfaisants.

7. — MÉDICATION CHEZ LES ENFANTS.

Les considérations thérapeutiques que je viens de vous exposer s'appliquent plus particulièrement aux adultes. Elles ne diffèrent pas toutefois en ce qui regarde les enfants atteints de syphilis héréditaire congénitale ou précoce de la moelle épinière. Les doses de mercure et d'iodure devront seulement être

plus modérées. Au lieu de prescrire la dose moyenne de 4 grammes d'onguent mercuriel *double* pour une friction chez un adulte, vous réduirez à 1 gramme d'onguent *simple* chez les tout petits enfants et à 2 grammes à dater de cinq ou six ans; de même vous prescrirez 1 ou 2 grammes d'iodure, en vous guidant sur les phénomènes d'intolérance.

Vous n'oublierez pas cependant que les enfants tolèrent très bien, d'une façon générale, les deux médicaments spécifiques. Chez les enfants dépourvus de dents, la gingivo-stomatite, vous le savez, n'est pas à craindre ; chez les autres, lorsque la bouche est tenue dans un état d'asepsie suffisante, elle est peu fréquente. De même l'intolérance est rare en ce qui regarde l'iodure de potassium. J'ai eu tout récemment l'occasion de traiter et de guérir un enfant de six ans d'une paraplégie flasque d'origine hérédo-syphilitique; il supporta très bien plusieurs séries de vingt frictions à 2 grammes d'onguent simple et prit par jour jusqu'à 4 grammes d'iodure de potassium dans du lait, sans autre inconvénient qu'une éruption acnéique que je calmai par l'administration parallèle du benzoate de soude, à la dose de 10 centigrammes par gramme d'iodure absorbé. En surveillant attentivement l'absorption médicamenteuse, je le répète, vous aurez peu d'accidents à redouter et vous serez vous-mêmes étonnés de la tolérance que ces jeunes sujets présentent pour le mercure et l'iodure de potassium.

Bien entendu, vous agirez par séries de frictions et de prescriptions iodurées, de même que chez les adultes; vous restreindrez toutefois un peu leur durée en n'allant généralement pas au delà de quinze fric-

tions consécutives, mais vous renouvellerez souvent la médication, vous souvenant que la syphilis héréditaire de la moelle, plus encore que la syphilis acquise du même organe, est sujette à des récidives que vous aurez tout intérêt à éviter à l'aide d'un traitement préventif.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

I. — **Formes cliniques** 6

1. — SYPHILIS ACQUISE 6

Mal de Pott syphilitique 9
Gommes intravertébrales 11
Myélites proprement dites 11
Syphilis maligne précoce du système nerveux 13
Myélites aiguës 22
Myélites chroniques 31
Myélites à formes irrégulières 46

2. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE 51

Syphilis héréditaire précoce et tardive 58

II. — **Traitement** 72

1. — INDICATIONS GÉNÉRALES 72
2. — MÉDICATION 75

Mercure 75
Iodure de potassium 78

3. — DURÉE DU TRAITEMENT 79
4. — TRAITEMENT GÉNÉRAL 79
5. — TRAITEMENT D'URGENCE PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES 81
6. — ÉLECTRICITÉ ET RÉVULSION 86
7. — MÉDICATION CHEZ LES ENFANTS 88

2374-98. — CORBEIL. Imprimerie Éd. CRETÉ.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS

19, rue Hautefeuille, PARIS

Les Actualités Médicales

Nouvelle collection de volumes in-16 carré de 100 pages avec figures, cartonnés

à 1 fr. 50

Souscription à 12 volumes cartonnés..... **16** fr.

Dans les sciences médicales, chaque jour apporte de nouveaux faits, de nouvelles découvertes, de nouveaux traitements.

A côté des livres classiques, des traités didactiques de médecine et de chirurgie, qui ne peuvent enregistrer tous les faits nouveaux, il y avait place pour une collection de monographies destinées à exposer les idées nouvelles.

Les *Actualités médicales* ne feront double emploi avec aucun livre existant; elles **compléteront tous les traités de médecine, de pathologie générale, de bactériologie, de thérapeutique, de chirurgie**, et les mettront ainsi au courant des progrès des sciences médicales.

Dès qu'une question sera à l'ordre du jour, nous publierons une monographie destinée à résumer et à mettre au point le sujet nouveau.

Chaque question nouvelle sera traitée par celui qui l'aura spécialement étudiée, ou par un auteur dont le nom fait autorité. Nous nous attacherons tout particulièrement au côté pratique, de telle façon que les étudiants pour leurs examens, les candidats pour leurs concours, les praticiens pour l'exercice journalier de leur profession, y trouveront ce qu'il leur est indispensable de connaître pour être au courant des nouveautés médicales.

Pour remplir le but que nous nous sommes proposé, de répandre en France et à l'étranger les progrès journaliers des sciences médicales, nous avons pensé qu'il était nécessaire de condenser les actualités en de petits volumes, d'un format portatif, d'un prix aussi modique que possible, illustrés de figures toutes les fois que le sujet le comporterait, élégamment cartonnés.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS.

EN VENTE :

La Diphtérie, *nouvelles recherches bactériologiques et cliniques, prophylaxie et traitement*, par H. Barbier, médecin des hôpitaux de Paris, et G. Ulmann, interne des hôpitaux de Paris. 1899, 1 vol. in-16 carré, 96 pages, 7 figures, cartonné ..... 1 fr. 50

Appelés l'un et l'autre à diriger pendant plusieurs mois un service de diphtérie à l'hôpital Trousseau, les auteurs ont consigné dans ce volume les faits nouveaux qu'ils ont pu constater dans l'étude de cette maladie.

1° Au point de vue bactériologique, ils ont établi que seul le bacille long, touffu, était le vrai bacille de la diphtérie.

2° Au point de vue clinique, ils ont distingué les diphtéries pures des diphtéries associées.

3° Au point de vue thérapeutique, ils ont montré que le sérum antidiphtérique, tout-puissant contre la diphtérie pure, est inefficace contre la diphtérie associée, qui, elle, relève de la médication antiseptique.

En somme, voilà un livre fort intéressant, qui enrichit d'idées nouvelles l'étude déjà très longue de la diphtérie.

La Grippe, par L. Galliard, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1898, 1 vol. in-16 carré, 100 pages, 7 figures, cartonné ..... 1 fr. 50

Laissant de côté la forme didactique, M. Galliard fait une histoire de la grippe, à la fois très documentée et facile à lire ; bien entendu, tous les faits nouveaux concernant cette maladie y sont notés.

Voici les principaux chapitres :

Une épidémie. — Le microbe. — Les symptômes. — Les modalités cliniques. — Les complications. — Le traitement. — La prophylaxie.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS.

EN VENTE :

Les États neurasthéniques, *formes cliniques, diagnostic, traitement,* par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1898, 1 vol. in-16 carré, 92 pages, cartonné ..... 1 fr. 50

Le volume de M. Gilles de la Tourette, *les États neurasthéniques*, est une mise au point très intéressante et très soignée de cette question toute d'actualité : *la Neurasthénie*, de cette nouvelle venue, dont le nom de plus en plus compréhensif sert trop souvent à masquer des erreurs de diagnostic. La neurasthénie n'est pas une maladie, une entité morbide, c'est un état ou plutôt une réunion d'états qu'il faut savoir différencier.

Élève de Charcot, M. Gilles de la Tourette distingue, comme son maître, l'état neurasthénique vrai, l'état neurasthénique héréditaire ou constitutionnel et l'état hystéro-neurasthénique.

Voici les principaux chapitres :

La neurasthénie vraie. — La neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle. — L'association hystéro-neurasthénique — Traitement des états neurasthéniques. — Traitement de l'association hystéro-neurasthénique.

Psychologie de l'Instinct sexuel, par JOANNY ROUX, médecin adjoint des asiles d'aliénés de Lyon. 1899. 1 vol. in-16 carré, 96 pages et 1 figure, cartonné. 1 fr. 50

Se basant sur les principes du matérialisme, le Dr Roux donne de l'instinct sexuel une explication exclusivement mécanique.

Il ramène toutes les manifestations de l'instinct sexuel à une excitation causale périphérique qui peut se produire au niveau de tous les éléments anatomiques.

Voici les principaux chapitres :

Base organique du besoin sexuel. — Le besoin sexuel organique. — L'amour physique, le choix, théorie évolutive de l'amour. — Les formes supérieures de l'amour. — L'évolution de l'amour.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA POSTE

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS.

Les Actualités Médicales

Nouvelle collection de volumes in-16 carré de 100 pages avec figures, cartonnés

à 1 fr. 50

Souscription à 12 volumes cartonnés..... **16** fr.

EN PRÉPARATION :

L'Opothérapie, par le Dr P. Claisse, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol.

La Radiographie et la Radioscopie cliniques, par le Dr L. R. Régnier, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de l'hôpital de la Charité. 1 vol.

Le Diabète, par le Dr R. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol.

Les Albuminuries curables, par le Dr J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol.

Les Glycosuries non diabétiques, par le Dr Roque, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hôpitaux. 1 vol.

Les Suppurations aseptiques, par le Dr O. Josué, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol.

La Sclérose en plaques, par le Dr H. Claude, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol.

Le Goitre exophtalmique, par le Dr Jaboulay, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. 1 vol.

Le Tétanos, par le Dr J. Courmont, professeur agrégé à la Faculté de Lyon et médecin des hôpitaux.

Le diagnostic de la Tuberculose par les rayons Röntgen, par le Dr Béclère, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol.

Les régénérations d'organes, par le Dr P. Carnot, Docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris

FORMULAIRES

Collection de volumes in-18 de 300 pages, cartonnés

A 3 FR. LE VOLUME

Formulaire des Médicaments nouveaux, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux, 10e *édition*, 1899. 1 vol. in-18 de 506 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire des Alcaloïdes et des Glucosides, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. Introduction par G. HAYEM, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 2e *édition*, 1899. 1 vol. in-18 de 318 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire de l'Antisepsie et de la Désinfection, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, 2e *édition*. 1 vol. in-18 de 338 pages, avec fig., cart..... 3 fr.

Formulaire des Médications nouvelles, par le Dr H. GILLET. 1 vol. in-18 de 280 p. avec fig., cartonné..... 3 fr.

Formulaire des Régimes alimentaires, par le Dr H. GILLET. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire d'Hygiène infantile individuelle, Hygiène de l'enfant à la maison, par le Dr H. GILLET, 1898. 1 vol. in-18 de 288 pages, avec 45 figures, cartonné..... 3 fr.

Formulaire d'Hygiène infantile collective, Hygiène de l'enfant à l'Ecole, à la crèche, à l'hôpital, par le Dr H. GILLET. 1899, 1 vol. in-18, 300 pages et fig., cart..... 3 fr.

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques, par le Dr GAUTIER et F. RENAULT. 1 vol. in-18 de 298 p., cart..... 3 fr.

Formulaire des Eaux minérales, de la Balnéothérapie et de l'Hydrothérapie, par le Dr DE LA HARPE. Introduction par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, de l'Académie de médecine. 3e *édition*. 1 vol. in-18 de 300 pages, cart..... 3 fr.

Formulaire des Stations d'hiver, des Stations d'été et de climatothérapie, par le Dr DE LA HARPE. 2e *édition*. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire Dentaire, par le Dr N. THOMSON. 1 vol. in-18 de 288 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire du Massage, par le Dr NORSTROM. 1 vol. in-18 de 268 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire Hypodermique et opothérapique, par le Dr E. BOISSON et J. MOUSNIER. 1 vol. in-18 de 300 p., avec fig., cart. 3 fr.

Guide pratique pour les analyses de Bactériologie clinique, par L. FELTZ. 1898, 1 v. in-18 de 271 p., 104 fig. n. et col., cart. 3 fr.

Formulaire des vétérinaires praticiens, par Paul CAGNY. 2e *édition*. 1899. 1 vol. in-18 de 332 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire du médecin de Campagne. *Remèdes sous la main, petits moyens thérapeutiques*, par le Dr GAUTIER, ancien interne des hôpitaux. 1899, 1 vol. in-18, 300 pages, cartonné..... 3 fr.

Formulaire officinal et magistral international. 4e *édition*, en concordance avec la dernière édition du Codex medicamentarius et du Formulaire des hôpitaux militaires, par le professeur J. JEANNEL. 1 vol. in-18 de 1044 pages, cartonné..... 6 fr.

Formulaire de l'Union Médicale, par le Dr GALLOIS, 4e *édition*. 1 vol. in-32 de 662 pages, cartonné..... 3 fr.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

B en

yon,

o 0 fr.

2 fr.

Pr Lyon,

4e 22 fr.

18 50 fr.

4e édition, 1899. 2 vol. in-8, 1000 pages..... 22 fr.

Les 10 volumes pris ensemble..... 100 f.

Chaque ouvrage se vend séparément.

ENVOI FRANCO CONTRE UN MANDAT SUR LA

N33 Gilles de la Tourette, G.
G47 ... Myélites Syphilitiques.
1899 17093

NAME DATE DUE

Manue

Collection no

La pratique journ
1 vol. in-1

La pratique jour
1 vol. in-

La pratique gyn
2 vol. in

La pratique der
1 vol. in

La pratique de
1 vol. in

La pratique de
1 vol.

La pratique d
1 vol.

La pratique
1 vol.

La pratique
1 vol

La pratique
1 vo

La pratique
1 vo

La pratiqu
1

La pratiqu
1

Lexique-F
1

Table

1 vol. g

Tabl

1 vol.

Tab

1 vo

Ta

1 vol. gr. in-8 de

Tableaux synoptiques

Par le D

1 vol. gr. in-8 de 203 pages,